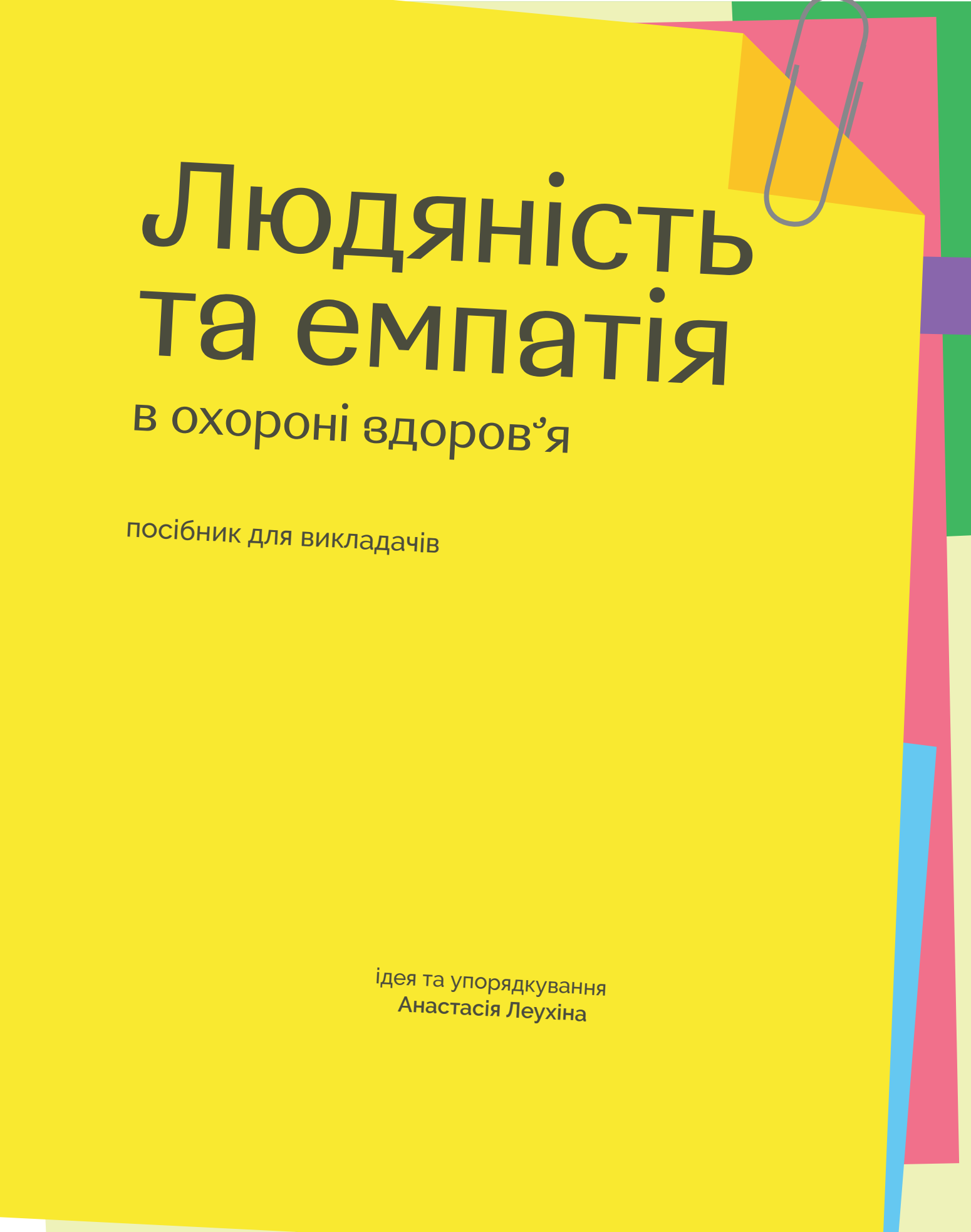




Людяність та емпатія

в охороні здоров'я

посібник для викладачів

ідея та упорядкування
Анастасія Леухіна

«Зовсім не страшна книга про життя, смерть та усе, що поміж ними» — швидка допомога, складена як інструкція-путівник для тих хто сам зіткнувся з важким захворюванням, яке загрожує життю, або нервово шукає відповіді на питання, як допомогти близькій людині подолати ту чи іншу ситуацію. Невиліковний діагноз досі «перекреслює» в пацієнтові людину з усіма її потребами і почуттями, проте «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними» показує, що все може і має бути інакше. Ця книга — місточок для медиків до почуттів пацієнта. Місточок для суспільства до важкохворих людей. Зрештою, це місточок для пацієнтів до самих себе. Адже кожна людина, попри будь-яку хворобу, має право на гідне життя і радість.

<http://non-scary.org/>



ГО «Горизонталі» — додаємо людяності в охорону здоров'я

Команда одностудців, що розбудовує горизонтальні зв'язки між людьми в медицині та освіті та проводить освітню кампанію для медиків та пацієнтів, щоб відстояти гідність кожної людини, життя якої «перекреслене» отриманим нею діагнозом.

Завдяки діяльності організації та її партнерів рідні можуть знаходитися у ВІТ разом з пацієнтами цілодобово (Наказ МОЗ №592), а десятки тисяч українців, чиї діти опинилися у ВІТ, відтепер мають посібник з порадами «З дитиною в реанімації: питання та відповіді».

Дана публікація видана в рамках реалізації україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти», який виконується в Україні Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH) за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC).

Керівниця проєктного офісу:

Др. Тетяна Степурко

tetiana.stepurko@mededu.org.ua

Лідер проєкту:

Мартін Рааб, керівник відділу Швейцарський центр міжнародного здоров'я, Швейцарський інститут тропічного і громадського здоров'я Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH) Socinstrasse 57, 4051 Basel, Switzerland

martin.raab@swisstph.ch

Контакти офісу в м. Києві:

вул. Лютеранська, 6Б, кв. 43, 01001 Київ, Україна

Телефон:

+380 44 384 10 09

mededu.org.ua



MedEduUkraine



Medical education development

Леухіна А. Г.
Богдан Д. Б.
Боровик І. О.
Гавриш Т. С.
Галіяш Н. Б.
Говардовська О. О.
Головін О. А.
Горецька А. М.
Горська О. В.
Гусак С. Р.
Ігнащук О. В.
Кахнова М. Г.
Коротун О. П.
Костюк О. О.
Мовчан І. В.
Петринич О. А.
Повар Н. А.
Рудакова Н. Є.
Сендецька Т. М.
Тихолаз Ю. В.
Турпакова Ю. О.
Харитонов О. В.
Шунько Є. Є.
Щудрова Т. С.

ЛЮДЯНІСТЬ ТА ЕМПАТІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ПОСІБНИК ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ

МАЙСТЕР КНИГ
КИЇВ
2022

УДК

Леухіна А. Г.

Богдан Д. Б., Боровик І. О., Гавриш Т. С., Галіяш Н. Б., Говардовська О. О.,
Головін О. А., Горецька А. М., Горська О. В., Гусак С. Р., Ігнашук О. В.,
Кахнова М. Г., Коротун О. П., Костюк О. О., Мовчан І. В., Петринич О. А.,
Повар Н. А., Рудакова Н. Є., Сендецька Т.М., Тихолаз Ю. В., Турпакова Ю. О.,
Харитонов О. В., Шунько Є. Є., Щудрова Т. С.

Людяність та емпатія в охороні здоров'я. Посібник для викладачів. – Київ :
Майстер книг : 2022. –с., іл.

ISBN

Посібник «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» — перше українське видання про те, як викладати у медичних ЗВО дисципліни, пов'язані з пацієнт-орієнтованим підходом, якому також слід бути і крос-дисциплінарним. Посібник створено стопами Україно-швейцарського навчального курсу «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» для медпрацівників-освітян у рамках проекту «Розвиток медичної освіти». Співавтори наголошують на винятковій важливості людиноцентрованого підходу на противагу патерналістському під час надання медичної допомоги на всіх етапах: консультування, діагностики, профілактики, лікування та реабілітації. Надавачі медичної допомоги — лікарі й медичні сестри – повинні формувати компетентність для вибудови поваги та емпатії у спілкуванні з пацієнтами ще під час навчання в закладі вищої освіти.

Посібник має на меті покращити загальний рівень якості спілкування, спрямованого на зростання у кожному випадку довіри й співробітництва заради охорони здоров'я. Видання містить систематизовані теоретичні матеріали та практичні розробки, що базуються на актуальних знаннях про гідну комунікацію, етику, емпатію та покликані вирішити невідкладні сучасні завдання щодо людського благополуччя.

Видання пропонує багато інструментів для професійного поведіння у складних ситуаціях, під час повідомлення поганих новин та для толерантної комунікації під час медичних консультацій. Також до нього вміщено чек-листи для медпрацівників та пацієнтів – пам'ятки, що стануть незамінним помічником для кожного, кого стосуються питання медичної допомоги.

Посібник написаний для медпрацівників-освітян, для медичних працівників усіх професій та рангів, а також для пацієнтів і координаторів пацієнтських Груп рівних та інших спільнот.

Всі права захищені. Жодна частина цієї книги не може бути відтворена, скопійована або використана іншим чином у будь-якій формі без письмового дозволу власника авторських прав.

© Анастасія Леухіна, 2022
© Україно-швейцарський проєкт
«Розвиток медичної освіти», 2022
© Аліна Борисова, дизайн 2022

Людяність та емпатія

в охороні здоров'я

посібник для викладачів

ідея та упорядкування
Анастасія Леухіна

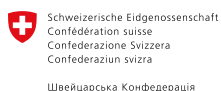
Лінк на електронну версію:
mededu/library/ludianist-ta-empatia



Видання підготовлено в рамках реалізації україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти», який виконується в Україні Швейцарським інститутом тропічного і громадського здоров'я (Swiss TPH) за підтримки Швейцарської агенції розвитку та співробітництва (SDC). Проект фінансується Швейцарською агенцією розвитку та співробітництва. Погляди й ідеї, представлені в цьому виданні, належать авторам і не обов'язково відображають погляди Швейцарської агенції розвитку та співробітництва.

УДК

ISBN



ЗМІСТ

Передмова від команди проєкту	11
Як виникла ідея розробки курсу	17
Чому людяність та емпатія на часі?	21
Що ми дізналися з опитування про готовність лікарів працювати з людьми та запит пацієнтів на людяність?	22
Як з'явився цей посібник	26
Авторський колектив курсу	29
Як ви можете використовувати цей посібник?	46
Історії успіху у впровадженні курсу	47

ЧАСТИНА I

Формат викладання та його адаптація під потреби різних цільових аудиторій	55
Змістовна рамка курсу	58
Як у викладанні курсу можна використовувати «Зовсім не страшну книгу...»	61
Тато Юлі	62
Як ми знаємо, що пацієнт-орієнтований підхід працює?	63

Тема 1. Людиноцентрований підхід	69
Історія про гідність, право вибору та останню цигаркову затяжку	73

Тема 2. Емпатія	77
Як додати людяності в медицину?	79
Історія про Наталю, котра не звертається до лікарів, поки не «пригорає»	79

Тема 3. Довіра в стосунках з пацієнтом. Консультація як простір для побудови партнерських відносин	87
Історія про Іванну та чутливого нейрохірурга	89

Тема 4. Суб'єктність та автономія пацієнта. Професійні кордони.	95
Історія про маму Марії і дилеми лікування	97

Тема 5. Конфіденційність	103
Історія про молоду лікарку та її сміх над ВІЛ-інфікованим геєм	105

Тема 6. Кризові емоційні стани та погані новини	111
Історія про Тетяну та новину в конверті	113
Тема 7. Конфлікти та складні розмови	119
Історія про войовничу бабусю та лайливого анестезіолога	121
Тема 8. Толерантність та різноманіття: як і чому працювати з різними людьми	127
Історія про Андрія та сімейну лікарку, яка змінила його життя	129

ЧАСТИНА II

Зібрані та розроблені методичні матеріали до занять з тем курсу

Тема 1. Людиноцентрований підхід	137
Частина 1. Теоретичні матеріали	141
Частина 2. Практичні завдання. Кейс для обговорення	149
Тема 2. Емпатія	159
Частина 1. Теоретичні матеріали	163
Частина 2. Практичні завдання	169
Дослідження та усвідомлення власних переживань як зворотній бік емпатії	177
Тема 3. Довіра в стосунках з пацієнтом. Консультація як простір для побудови партнерських відносин	191
Частина 1. Теоретичні матеріали	195
Модель клінічної консультації Калгарі-Кембридж	195
Частина 2. Практичні завдання	206
Тема 4. Суб'єктність та автономія пацієнта. Професійні кордони.	213
Чому ця глава відрізняється від інших за змістом та структурою?	216
Частина 1. Теоретичні матеріали	217
Суб'єктність та кордони	220
Як коректно надавати пацієнту інформацію та визначати рівень деталізації, потрібний кожному/ій для прийняття спільного рішення	223
Частина 2. Практичні завдання	244

Тема 5. Конфіденційність	247
Частина 1. Теоретичні матеріали	251
Поняття «інформація» та «конфіденційна інформація»	251
Автономність, її принципи, поняття «інформативна згода»	252
Приватність та принципи її досягнення.	253
Частина 2. Практичні завдання	258
Тема 6. Кризові емоційні стани та погані новини	261
Частина 1. Теоретичні матеріали	265
Повідомлення поганих новин	265
Догляд у кінці життя	272
Повідомлення про смерть	274
Кризові емоційні стани	274
Психологічна допомога у випадку важкої втрати	279
Частина 2. Практичні завдання	282
Книги та фільми про життєві кризи	286
Тема 7. Пацієнти в складних ситуаціях. конфлікт	289
Частина 1. Теоретичні матеріали	293
Частина 2. Практичні завдання	300
Тема 8. Толерантність та різноманіття	305
Частина 1. Теоретичні матеріали	309
Дискримінація	309
Міжкультурне спілкування та культурне різноманіття	313
Частина 2. Практичні завдання	337
Замість післямови	341
Історія про маму Алли та важливість вибору слів	342
Чек-листи для медпрацівників та пацієнтів	347
Базовий чек-лист гідності для медпрацівника	351
Базовий чек-лист поваги для пацієнта	355
Слова підтримки від лідерів думок	360
Велика подяка	363

ПЕРЕДМОВА ВІД КОМАНДИ ПРОЄКТУ

Тетяна Степурко

керівниця офісу впровадження
україно-швейцарського проєкту «Розвиток
медичної освіти», викладачка Національного
університету «Києво-Могилянська академія»



Світ змінюється. У професійному і суспільному вимірах з'являються нові бентеги, в яких ми почуваємося невпевнено. Просто зараз дивимося на минулі робочі моменти свіжим поглядом і вже бачимо, що той спосіб, яким ми свого часу давали раду буденностям і складнощам, вже перестав задовольняти нас, а імовірно – і наше оточення, і, можливо, навіть суспільство в цілому. В певний момент професійного життя ми помічаємо, що маємо прогалину в знаннях чи навичках, але не бачимо, де можна було б навчитися новому. Спостерігаємо за появою нових рішень, які покликані полегшити розв'язання задач, що стоять перед нами.

Інноваційні, актуальні й релевантні професії знання, навички та способи їх отримання – те, що народжується в здоровій освіті. Освіта й відповідний простір, створений з тими, хто прагне розвитку, додають мотивації, впевненості, слугують стимулом і підґрунтям для професійного та особистісного розвитку.

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» є платформою, яка допомагає медичним освітянам, лікарям, медичним сестрам комфортно й глибоко по-справжньому опановувати нові навички й знання в колі таких самих небайдужих і компетентних професіоналів. Консультантка проєкту Анастасія Леухіна – майстриня змінювати частинки цього світу на краще. Зібравши в своїй «Зовсім на страшній книзі...» історії пацієнтів, їхніх родичів, лікарів, медичних сестер та управлінців, вона дала нам зрозуміти, що наявний біль має бути полегшений. Біль цей виникає через складні ситуації в охороні здоров'я. Він не стільки фізичний, скільки людський. Він стосується ставлення, комунікації, цінностей людяності і гідності.

Проект запропонував Анастасії на основі кейсів «Зовсім не страшної книги...», розробити освітній продукт, який би допоміг студентам закладів вищої медичної освіти, практикам – лікарям і медсестрам – розірвати коло непорозуміння і взаємних звинувачень і перейти на нову стежку партнерської взаємодії та емпатичного ставлення. Не обійшлося і без «прихованого» задуму (на кшталт hidden curricula): півроку пліч-о-пліч медичні освітяни розробляли курс, навчаючись (learning by doing) компетентнісному підходу в освіті під наставництвом Анастасії.

На календарі зараз завершення складного 2021 року, і перші кроки до медичної допомоги з більшим ступенем гідності вже зроблено. Група медичних освітянок разом із Анастасією розробили цей посібник-дороговказ. Віримо, що запропоновані інструменти й здобуті вами навички дадуть поштовх до виходу нової книги Анастасії про гідну та людяну взаємодію пацієнтів і надавачів допомоги. Це особисто мені додасть впевненості, що ми живемо в світі, який цінує людське життя.



Анастасія Леухіна,
консультантка україно-швейцарського проекту
«Розвиток медичної освіти», тренерка
та фасилітаторка, голова ГО «Горизонталі»,
авторка «Зовсім не страшної книги...»
та викладачка Київської школи економіки

Я почала роботу в сфері охорони здоров'я з боротьби. Мій новонароджений син Максимка помер за закритими дверима реанімації. Його бабуся стояла на холодній сходовій клітині під дверима в ту ніч. Їй ніхто не повідомив про Максимку та не дав можливості попрощатися. Вона часто згадує стіни під тими дверима, що рясніли оголошеннями. Ці оголошення містили багато заборон та були написані таким тоном, ніби вони створені для мешканців колонії суворого режиму, а не для батьків у стресі через критичний стан власної дитини. Заборони та жорсткі вимоги ранили, відсутність можливості бути з дитиною травмувала, а брак інформації – вбивав.

Кампанія #пуститевреанимацию, яку я заснувала з іншими мамами, стала одним з перших низових пацієнтських рухів в Україні, який не тільки боровся проти системи, але й виборів для людей право бути поруч з рідними, коли ті в реанімації. Це була велика перемога: МОЗ затвердило наказ, ми як пацієнтська спільнота відчули силу об'єднання.

Йшли роки, практика доступу сильно відрізнялася від лікарні до лікарні: наказ був один, а медпрацівники та адміністратори в закладах – різні. В одних лікарнях відвідування було безперешкодним 24/7. Інші порушували наказ, встановлюючи години відвідування або тримаючи двері закритими. Наше дослідження думки пацієнтів та відвідувачів показало, що найбільшими точками болю для них є відсутність доступу, недостатня інформація про пацієнта та погане ставлення медперсоналу. Пацієнти та їхні сім'ї мають великий запит на кращі комунікації.

Я усвідомила, що наказати лікарям та адміністраторам відкрити реанімації недостатньо. Важливо змінити парадигму відносин між медпрацівниками та пацієнтами. Я багато вчилася фасилітації – великою мірою для того, щоб мати інструменти допомогти пацієнтам та лікарям краще порозумітися. Завдяки професійній підготовці у галузі миротворчості, двадцятирічному викладанню переговорів та комунікацій та десяти рокам навчання процесуальній психології мені вдалося привнести знання з вирішення конфліктів у цю взаємодію.

Вона вимагала досліджувати феномени і експериментувати з різними форматами – від навчання медпрацівників, щоб поділитися комунікаційними інструментами, до терапевтичних діалогів, щоб почути і зрозуміти їхній біль. На моє здивування, болю було багато. Я знала про різні виміри пацієнтського болю, але не усвідомлювала, що болить також і лікарям та медсестрам, і який цей біль, і чому вони так пручаються відкритості та чесності у відносинах.

Ці діалоги в комплекті з моєю внутрішньою роботою та власною терапією травм змінили моє бачення відносин медпрацівник-пацієнт. Раніше я поклала усю відповідальність за ці відносини на медпрацівників, вважала їх винними у багатьох негараздах. Зараз я розумію, що ці відносини – наша спільна відповідальність. Що пацієнт та лікар або медсестра на рівних відповідають за якість діалогу та рівень довіри один до одного. А довіра напряму впливає на результати лікування. І нам важливо вчитися налагоджувати цей діалог з обох сторін.

Тож цей курс та посібник – дослідження того, як перейти від патерналізму чи споживацтва до справжнього партнерства. Перед нами ще великий шлях, і я неймовірно радію, що нам вдалося зібрати цю команду співавторів та знайти можливості зробити ці перші кроки разом.



Олена Ігнащук,
координаторка Україно-швейцарського проєкту
«Розвиток медичної освіти»

Я за освітою лікарка, маю досвід викладання в медичному університеті. Проходячи всі етапи навчання – в університеті, в магістратурі, інтернатурі, аспірантурі – я відчувала брак знань про роботу з людьми. Мені пощастило з викладачами – вони прекрасні люди, котрі власним прикладом емпатійного ставлення показали, що людяне ставлення в медицині можливе.

Однак цього не було в навчальній програмі. Під час занять я не отримала жодних інструментів, алгоритмів, схем комунікації в медицині стосовно практик людиноцентрованого підходу. Лише стандартні медичні схеми типового опитування і збору анамнезу.

Як виходити зі складних ситуацій? Як повідомляти людям погані новини? Як комунікувати з різними людьми, що опиняються в тебе на прийомі? – це все я робила інтуїтивно, базуючись на власних уявленнях, а не спираючись на знання та уміння.

¹ Анастасія Леухіна. Зовсім не страшна книга. Про життя, смерть і все, що поміж ними. - Київ: Дух і Літера, 2020. - 368 с.

Коли я прочитала «Зовсім не страшну книгу...» Анастасії Леухіної¹, мені було дуже прикро дізнатися, що пацієнти настільки часто опиняються в ситуаціях, коли відсутнє порозуміння з медпрацівниками, коли вони недоотримують чи не отримують взагалі тієї підтримки, якої потребують, коли вони залишаються наодинці зі своїми страхами і болем, і що медичні працівники зазвичай не володіють знаннями та вміннями, які допомогли б їм спілкуватись з пацієнтами з людяністю та емпатією.

Коли ми командою проекту почали обговорювати ідею створення такого курсу і посібника було неймовірне відчуття натхнення від того, що ми робимо важливу і корисну річ. Важливу на кожному етапі освіти – вищій і післядипломній, важливу для лікарів і медсестер. І головне – важливу для пацієнтів, які хочуть, щоб їх чули, їхню думку враховували при прийнятті рішень, їхні кордони поважали, і щоб лікар міг підтримати їх у складних ситуаціях.

Марія Храпачова,
редакторка, засновниця Студії «Далі за текстом»



З посібником «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» я познайомилася на тій стадії, коли видання мало бути тоненькою методичкою – носієм основних ідей, запропонованих учасницями україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти». Чорнетка методички мала вигляд низки зведених у гугл-документі табличок з поясненнями. Я читала і ловила себе на відчутті, ніби нарешті виконується дуже важливе й глибоке моє побажання і я дуже хочу, аби ці тексти були додумані, дописані й зведені не просто у лінійний ланцюжок, а у стрункий сяючий багатогранник.

У наступні кілька місяців методичка збільшилася вдесятеро і перетворилася на майбутній посібник, в якому колишні коментарі до табличок вже склали цілковите змістовне «м'ясо» усього того, що мають засвоїти медпрацівники, яких цьому навчатимуть. Людяність, етика, екологічна комунікація, пріоритет особистої людської гідності у будь-яких ситуаціях за участі медпрацівників і пацієнтів, емпатія, довіра і співпраця заради охорони здоров'я.

Матеріали посібника згрупувались у дві частини: методичні засади і настанови встик з прикладами-історіями – у першій, а власне навчальна конкретика – у другій. Деякі розділи посібника викликали питання, чи дійсно сусідні теми подібні за щільністю наповнення, і чи все релевантне потрапило до них і знайшло належне місце й належну форму висловлення.

Деякі теми чинили «опір матеріалу», бо щось буває складним не само по собі, а з огляду на контексти і особистий досвід людей – медпрацівників-освітян, – котрі взялися перекласти шалений обсяг сучасних немедичних гуманітарних знань для своїх колег. Ці знання й вміння передові та нові – й вони бажані, і їм час ставати медичними.

Спостереження за тим, наскільки робота для співавторів посібника виявилась подекуди непростою, показує, що цим людям, першопрохідникам, дуже і дуже важливо, аби людяність, емпатія та екологічна комунікація стали для медичної спільноти зрозумілими й уживаними всюди. Раз-по-раз мене захоплює сила вмотивованості цих людей. Бо робота співавторів посібника важлива для усієї системи охорони здоров'я, а отже для кожної людини, бо пацієнтами буваємо ми усі.

Більшості матеріалів у посібнику передують імена тих, хто над ними працював. Усе інше написане Анастасією Леухіною.

Моє наступне бажання – дочекатись, коли за цим виданням буде створено у медичних ЗВО навчальні курси й випускники почнуть практикувати пацієнт-центрований підхід, і все це сприятиме більш здоровій охороні здоров'я, а ще принесе плідний зворотній зв'язок, завдяки якому з'явиться наступна версія посібника про людяність та емпатію – ще більш досконала.



Аліна Борисова,

графічна дизайнерка, співзасновниця проєкту Intozone

Люблю робити проєкти, які люди створюють зі свого внутрішнього посилу, як справу життя, і які можуть щось змінювати в світі. Тема емпатії, коли Анастасія запропонувала мені взяти участь у роботі над цим виданням, сказавши, що хоче, щоб я «дала свого тепла та емпатичності» в цей проєкт, дуже мене покликала. Емпатія — це моя сила, яку я хочу нести в проєкти, якими займаюся.

ЯК ВИНИКЛА ІДЕЯ РОЗРОБКИ КУРСУ

Спостерігаючи за діалогами всередині медичної та пацієнтської спільнот, історіями, що з'являються у ЗМІ, можна зауважити, що між пацієнтами та медпрацівниками є досить багато напруження. Медпрацівникам складно витримувати навантаження, вони змучені втомою та емоційним вигорянням, вони напружені через високу турбулентність всередині системи охорони здоров'я та невирішеність купи фінансових, юридичних та соціальних питань на робочому місці. Вони виснажені конфліктами зсередини та часто переносять надрив від них назовні, у відносини з пацієнтами та їхніми сім'ями. Медпрацівникам потрібне визнання та вдячність – від держави, від керівництва, від пацієнтів та суспільства загалом, але вони його не отримують в достатніх кількостях.

Пацієнти, з іншого боку, теж напеготові. Їхній власний досвід та чужі історії створюють багато приводів для страху та настороженості. Пацієнти часто стають заручниками організаційних змін. Вони скаржаться, що не отримують не лише достатньої поваги та розуміння, але навіть базової інформації про стан здоров'я (свого чи членів своєї родини). Напруження в коридорах та палатах лікувальних закладів, спричинене низьким рівнем довіри, створює доволі ворожу атмосферу, в якій некомфортно перебувати усім сторонам: ані лікарі, ані пацієнти не почуваються у безпеці.

Таку ситуацію спричиняють декілька чинників. Це:

По-перше, авторитарна культура взаємодії всередині лікарень, яка стимулює патерналістський підхід до роботи з пацієнтами. Всередині медичної професії є багато рольових моделей зверхнього ставлення до персоналу та пацієнтів, проте замало моделей поваги та партнерства. Молоді спеціалісти спостерігають за досвідченими маестро та відтворюють цей стиль у своїй роботі.

По-друге, відсутність навчання з комунікацій, з управління власними та чужими емоціями у програмах підготовки лікарів та медсестер. Багато лікарів та медсестер хочуть краще налагоджувати комунікації та розв'язувати конфлікти, але просто не вміють цього робити. Усе їх попереднє навчання було побудоване навколо роботи з тілом та хворобою; роботі з людьми уваги приділялося мало.

Усе навчання медпрацівників було побудоване навколо роботи в тілом та хворобою; роботі з людьми уваги приділялося мало

В одному з розділів «Зовсім не страшної книги...» сформульовані низькі очікування пацієнтів від медпрацівників. Мовляв, щоб не розчаровуватися, нічого не чекайте. Ми, проектна команда посібника, хочемо змінити цю ситуацію. Підняти планку якості у відносинах, створити простір для партнерської взаємодії та підвищити рівень задоволеності відносинами медпрацівник-пацієнт, паралельно потурбувавшись про емоційний ресурс медпрацівників.

Чого очікувати від медперсоналу?

Поки що доводиться констатувати очевидне: більшість українських лікарів і медсестер не вміють належним чином повідомляти людям про важкий діагноз чи смерть. Пацієнти зауважують, що медичні працівники уникають цих розмов, сподіваючись, що хтось інший зробить це за них. Але того іншого все нема й нема. Розмовляти з пацієнтами та їхніми родичами про невиліковні хвороби чи смерть – важлива, проте дуже складна частина лікарської практики. І вона здається устократ важчою через відсутність у медпрацівників відповідних навичок та підготовки, а інколи й власного емоційного ресурсу.

Хотілося б думати, що в критичні моменти лікарі та всі, хто стикається з пацієнтом, виявлятимуть розуміння, надаватимуть психологічну підтримку та виважені поради. Насправді ж найкраща стратегія для пацієнтів та їхніх сімей – не мати очікувань. Поведінка медпрацівників у таких ситуаціях буває дуже різною і залежить від конкретної людини, її стану. Тож якщо вам трапився людяний лікар – радійте і дякуйте, якщо ні – спробуйте не засмучуватися і не марнуйте сили на роздратування.

Найкраща стратегія — не мати очікувань

Медпрацівники теж важко переживають погані новини про своїх пацієнтів, але не навчені підтримувати ані себе, ані хворих. Вони сильно емоційно вигорають ще й тому, що в українських умовах не передбачено вихідних чи фахової психологічної допомоги на той період, коли їм потрібно впоратися

зі смертю пацієнта. Вони теж часто почуваються безпорадними чи зляться, що не врятували, й уникають контакту з родичами померлого пацієнта зокрема й тому, щоб не показати справжніх почуттів, з якими на знають, як впоратися.

Інколи уникнення розмов – єдиний відомий спосіб запобігти вигорянню і зберегти енергію. Так і стається, що пацієнти та їхні сім'ї, в певному сенсі, залишаються наодинці з неповідомленими поганими новинами¹.

Тож, цей посібник – спроба інтегрувати практичне навчання комунікаціям та роботі з конфліктами до медичної практики. На заміну прошивки зверхності та неповаги до пацієнтів ми створюємо прошивку людяності та відкритості у вибудові відносин між медпрацівниками та пацієнтами. Саме хороші відносини будуть основним параметром якості та ефективності в медицині майбутнього. А їх потрібно вміти вибудовувати та розвивати.

¹ Анастасія Леухіна. Зовсім не страшна книга. Про життя, смерть і все, що поміж ними. – Київ: Дух і Літера, 2020. – 368 с.

На заміну прошивки зверхності та неповаги до пацієнтів ми створюємо прошивку людяності та відкритості

Нова прошивка має декілька складових: коректна робота з рангами через перехід від патерналістських до партнерських відносин, якісні комунікації та робота з конфліктними ситуаціями.

Ранги – це привілеї, джерела суб'єктності та сили людини в різних контекстах. Вони бувають різні – прикладом, професійні, соціальні, психологічні, духовні. У відносинах пацієнт – лікар ранг є у обох сторін. У лікаря та медсестри він корениться у знаннях та досвіді, накопичених роками чи десятиліттями роботи.

У пацієнта – в його експертності з власного життя, цінностях та розумінні свого шляху та відповідальності за своє здоров'я. В українських реаліях можна часто спостерігати перекося у користуванні рангами: пацієнт не вміє чи нехтує власним рангом та силою, а лікар, перебільшуючи повноваження, зловживає своїм рангом та вирішує за пацієнта, чим знецінює його пацієнтський ранг. Це необхідно змінити – насамперед для того, щоб захистити лікаря від надмірної відповідальності та звинувачень. І щоб зменшити психологічний тиск на нього/неї. Саме тому ми будемо говорити про необхідність переходити від патерналістського підходу до партнерського формату відносин з пацієнтами.

Хороші комунікації – основний інструмент побудови довіри та роботи з практично всіма викликами. Усе можна вирішити через діалог. Якісні – прості та продумані – комунікації зараз рятують багато життів від ковіду (і не тільки). Погані комунікації вбивають. Інколи в прямому сенсі цього слова.

Конфлікти пожирають багато часу та енергії лікарів, тож вміння працювати з ними, фасилітувати їх, може зекономити медпрацівникам багато сил. Фасилітація передбачає вміння чути та розуміти різні сторони конфлікту, відслідковувати динаміку відносин між ними та знаходити рішення, які знижують емоційний градус та покращують відносини. На відміну від директивного підходу до ведення пацієнтів чи викладання, в якому є трансляція єдино правильної істини від однієї сторони до іншої, фасилітація дозволяє дослідити різні точки зору та знайти хороше рішення для різних сторін з урахуванням їхніх інтересів, бачень, страхів та пересторог.

Хороші комунікації, коректна робота з рангами та фасилітація конфліктів можуть творити дива

Перехід від патерналізму (коли хтось зверху) до партнерства (коли ми на рівних) необхідний і в організаціях, і в освітніх програмах, і на рівні медпрацівник – пацієнт. Зсув культури викладання в медичних ЗВО в сторону фасилітації різних поглядів та побудови відносин з учасниками навчальних програм вплине і на відносини лікар – пацієнт у лікувальному контексті – адже більш партнерські та рівні навчальні відносини та формати допоможуть лікарям та медсестрам краще відчувати усі переваги добре вибудованих відносин. Медпрацівники, котрі пройдуть через повагу та партнерське ставлення викладачів, не зможуть більше з легкістю практикувати авторитаризм на своєму прийомі.

ЧОМУ ЛЮДЯНІСТЬ ТА ЕМПАТІЯ НА ЧАСІ?

Ймовірно, це – не повний список аргументів у підтримку тези про актуальність емпатії, тож ви зможете дослідити це питання з вашими слухачами та доповнити його.

У медицину пробираються зміни в технологіях – штучний інтелект, дистанційне консультування, вільний доступ до величезних обсягів медичної інформації, досліджень та протоколів лікування та ще багато технологій взаємодії з пацієнтом. Ще трохи, і емпатія та вміння комунікувати з пацієнтом залишаться чи не єдиною (тут я трохи перебільшую, але все ж таки) перевагою живого лікаря над роботом чи базою даних. І ця конкуренція може бути жорстокою.

Зміни в системі фінансування – перспектива фінансування, в основі якого лежить принцип оплати клієнта або державного закупівельника медичних послуг за конкретну людину, а не за кількість койкомісць, навіть в Україні вже настали. Рівень задоволеності пацієнта буде впливати на рівень фінансування медичних установ. А емпатична комунікація завжди отримає під час опитування пацієнта більше балів, ніж захисна відстороненість. Конкуренція за пацієнта вже потрохи розгортається, і вигравати будуть не стільки обладнання та будівлі, скільки люди, персонал, та їхнє ставлення до пацієнтів.

Дефіцит кадрів – вже дуже болюча історія для багатьох лікарень, і конкуренція за співробітників в умовах міграції за кордон буде все жорсткішою. Дослідження показують, що у 80% випадків джерела емоційного вигорання персоналу розташовані в площині системних факторів та організації роботи, і лише 20% – в площині особистих причин¹. Тож емпатію важливо розвивати не лише в напрямку пацієнтів, але й стосовно колег, власного персоналу. Адже неможливо покращити ставлення до пацієнтів, не покращуючи ставлення до персоналу. Інтеграція емпатії в організаційну культуру медичних закладів та практики роботи з персоналом можуть стати важливою конкурентною перевагою у війні за таланти.

Скарги пацієнтів – джерело стресу та фрустрацій, а також пожирач часу як медичних співробітників, так і адміністрації². Іноземні дослідження показують, що велика частина скарг спричинена поганою комунікацією. Аналіз скарг на молодих лікарів показав чотири основних теми: невербальні комунікації (контакт очима, вираз обличчя та мова тіла), вербальні комунікації (вміння слухати та доречність у виборі слів), зміст (поганий вибір кількості та якості у наданні інформації), а також погане ставлення (нестача поваги та емпатії)³.

¹Алла Бойко, презентація, Партнерський курс «Кращі практики управління медичним закладом», Вигорання для медиків.

² Abdelrahman, W., & Abdelmageed, A. (2017). Understanding patient complaints. BMJ: British Medical Journal, 356. URL: www.bmj.com/content/356/bmj.j452

³Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. Health Professions Education, 4(2), 97-106. URL: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452301116301225

ЩО МИ ДІЗНАЛИСЯ З ОПИТУВАННЯ ПРО ГОТОВНІСТЬ ЛІКАРІВ ПРАЦЮВАТИ З ЛЮДЬМИ ТА ЗАПИТ ПАЦІЄНТІВ НА ЛЮДЯНІСТЬ?

Починаючи роботу над навчальним курсом, що передував написанню цього посібника, ми поцікавились у студентів медичних ЗВО та практикуючих лікарів, наскільки підготовленими до роботи з людьми вони себе відчують сьогодні. Результати опитування 468 студентів та 167 практиків засвідчили, що лише 7,5% студентів і 19,7% лікарів вважають себе повністю підготовленими до роботи з людьми. Тож актуальність навчального курсу про комунікацію та про взаємодію лікаря та пацієнта не викликає сумнівів з точки зору жодної з аудиторій.

7,5% студентів і 19,7% лікарів вважають себе готовими до роботи з людьми

Плануючи зміст курсу, ми прагнули не лише відобразити освітянську точку зору, але і дати відповідь на сьогоденний запит студентів та лікарів на навчання роботі з людьми, тому поцікавились також їхніми очікуваннями стосовно тем, які вони хотіли б бачити в навчальному курсі. З'ясувалось, що найбільш бажаними є теми роботи зі «складними» пацієнтами, взаємовідносин лікар – пацієнт та донесення правди пацієнту. Всі ці очікування знайшли своє відображення у цілях та змісті курсу «Емпатія та людяність в роботі медпрацівника»

В процесі розробки курсу ми також знайшли декілька сучасних українських досліджень, які показують, що запит на повагу та більш емпатичну комунікацію серед пацієнтів доволі високий.

ГО «Афіна» провела опитування онкопацієнтів (2019). У питанні про найкраще джерело інформації про лікування лікарі стоять на останньому місці (11%) після груп онкопацієнтів (70%) та інтернету (30%). І це, скоріш за все, свідчить не про відсутність знань, а про низький рівень комунікації та здатності лікарів до діалогу.

За допомогою Info Sapiens ми провели аналіз відповідей на відкрите запитання про 5 якостей лікаря, які онкопацієнти з цього опитування називають важливими, та отримали цікаві дані. Ми згрупували відповіді респондентів у 5 категорій. Найважливішими якостями лікаря виявилися:

Фаховість – компетентність, досвід, постійний розвиток у своїй сфері, допитливість, талант та розум	82%
Емоційний розум – людяність, емпатичність, чуйність, повага, тактовність, терпіння, толерантність, турбота	72%
Позитив та порядність – чесність, доброта, порядність, відкритість, почуття гумору, некорумпованість	61%
Комунікативність – уважність, вміння чути та пояснювати, контактність та чіткість	50%
Професійні якості – пунктуальність, відповідальність, ввічливість, доступність, вміння визнавати помилку, сміливість та цілеспрямованість	34%

З цих даних ми бачимо, що – на додачу до фаховості – емоційний розум, позитивний настрій та порядність, комунікативність та професійні якості надзвичайно високо стоять у рейтингу якостей медичного працівника, важливих для пацієнта. Якщо об'єднати відповіді про емоційний розум та комунікативність (яка неможлива без високого рівня емоційного розвитку) з позитивом і порядністю в одну категорію «м'які навички», то такі «м'які навички» переважають фаховість.

М'які навички: емоційний розум, позитив та порядність, комунікативність	96%
Фаховість	82%
Професійні якості	34%

Це не означає, що люди обиратимуть серед лікарів тих, хто добре говорить. Це означає, що і фаховість, і м'які навички є невід'ємними складовими професійності медпрацівника. Не «або – або», а обидві водночас: і IQ, і EQ.

У дослідженні практик відкритості відділень інтенсивної терапії, що провели ГО «Горизонталі» у партнерстві з Info Sapiens (2019) бачимо, що найскладнішими та найболючішими моментами перебування у ВІТ для пацієнтів та їхніх сімей були ставлення персоналу (23%), обмеження можливості контакту та догляду (16%) та брак інформації (8%). Цікавим фактом є те, що ці «м'які речі» у відносинах турбували родичів навіть більше, ніж критичний стан пацієнта чи фінансові питання, пов'язані з його лікуванням.

Досить часто лікарі та медсестри в дискусіях питають, чи комунікаційні компетентності повинні бути базовими налаштуваннями, чи вони лише бонус до медичних знань та вмінь. Ці дослідження показують, що з пацієнтського боку є великий запит на людяне ставлення та якісні комунікації, що професійність лікаря/медсестри складається не лише з медичних знань та технічних навичок з проведення медичних маніпуляцій. Вміння комунікувати, будувати діалог, чути пацієнта та враховувати його емоційний стан є важливими на рівні з медичними компетенціями.

Що було б для вас або вашої близької людини найскладнішим, найболючішим чи найпринизливішим моментом під час перебування у відділенні інтенсивної терапії?



Рис. 1. Результати опитування

Відповіді на питання «Що може покращити взаємодію між персоналом та відвідувачами?» виявили, що 4 топових пропозиції респондентів стосувалися саме емпатичної комунікації, а саме (1) краща комунікація та зрозумілі правила (34%), більш людська позиція персоналу (14%), спрощення режиму доступу (12%) та взаєморозуміння обох сторін (11%).

У відповідь на скарги пацієнтів про відсутність достатньої комунікації лікарі часто згадують про те, що їхня справа – лікувати, а комунікувати та підтримувати повинні психологи. Але у пацієнтів інше сприйняття: лише 2% вважають, що надання психологічної допомоги вирішить проблему. Отже, очікування «вбудованої функції з емпатії» є доволі поширеним серед українських пацієнтів.

Що, на вашу думку, може покращити взаємодію між медперсоналом та відвідувачами у відділенні інтенсивної терапії?

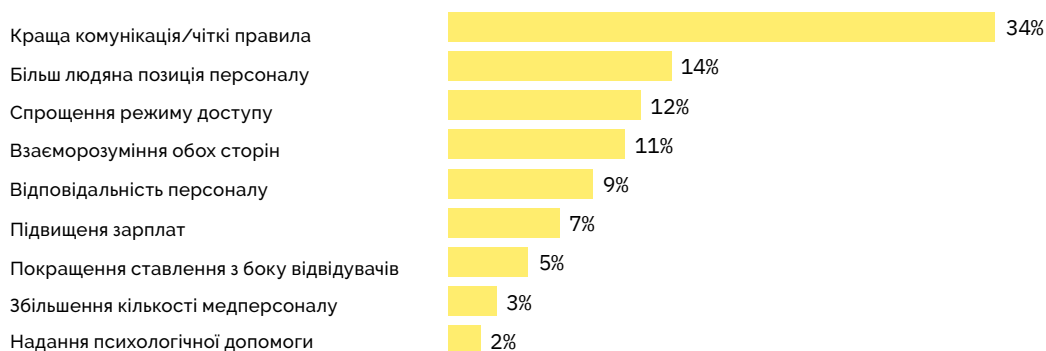


Рис. 2. Результати опитування

Тож краща комунікація та більш людське ставлення потрібно медпрацівникам та пацієнтам по обидві сторони. Тому запрошуємо разом з нами досліджувати ці теми та експериментувати.

ЯК З'ЯВИВСЯ ЦЕЙ ПОСІБНИК

Ідея розробки курсу виросла з «Зовсім не страшної книги про життя, смерть та все, що поміж ними». Ця книга стала для лікарів та медсестер провідником у світ пацієнтів, дала приклади та розуміння того, що ранить пацієнтів та від чого найбільше страждають вони та їхні сім'ї, а також – що вони найбільше цінують та за що завдячують медичному персоналу у безпосередньому контакті.

Книга стала інструментом просування більш людського та емпатійного ставлення до пацієнтів та лікарів всередині системи охорони здоров'я. Я довго наважувалася на розробку курсу для лікарів та медсестер: в мене було багато (переважно негативного) досвіду взаємодії з медпрацівниками, але мені бракувало лікарської точки зору на відносини з пацієнтами – я не достатньо розуміла лікарський фокус та точки болю. Тож я вирішила знайти партнерів для співтворчості серед лікарів та колег-освітян з різних медичних ЗВО. Адже саме вони краще розуміють як потреби медичних працівників і студентів, так і способи донесення інформації до них. А історії з книги стали нашими помічниками – вони легко трансформуються у кейси до обговорення чи рольові ігри до аналізу.

Завдяки україно-швейцарському проекту «Розвиток медичної освіти» ми провели конкурсний набір та запросили до співтворчості 15 викладачів та практичних лікарів з семи медичних ЗВО України. Під час регулярних зустрічей протягом шести місяців ми спільно визначали цілі та змістовні рамки курсу, обирали фокус та розставляли пріоритети. Усі ідеї та доробки проходили через фільтри різних стейкхолдерів: освітян, медпрацівників, лікарів, медсестер та, звісно, пацієнтів. Досить часто це створювало напругу та необхідне тертя, щоб дослідити протилежні позиції, знайти золоту середину і не впадати в крайнощі. Увесь цей процес ми називали майстернею з розробки курсу, а її учасниць – майстринями. Адже саме майстерня є простором для експериментів, для безпечного навчання, пошуку форм та шліфування навичок.

Усі ідеї та доробки проходили через фільтри різних стейкхолдерів

Дискусії на початку були жвавими: ми шукали баланс між поверхневою програмою, яка охоплює широкий спектр питань, та навичковим тренінгом

з комунікацій та використання протоколів для взаємодії з людьми. За результатом цих інтенсивних обговорень ми дійшли висновку, що курс важливо побудувати навколо пацієнт-орієнтованої моделі як основної ідеї навчання та розшифрувати її практичне застосування у восьми частинах. В нас було багато суперечок про те, чи можемо ми додати блок з розвитку емоційного інтелекту та саморегулювання в стресових умовах задля емоційної безпеки та профілактики вигорання медпрацівників – і ми дійшли згоди, що такий курс варто розробити окремо.

Під час роботи над програмою ми спільно дослідили та дійшли консенсусу щодо таких питань:

- як вивчити проблемні зони та потреби цільової аудиторії, щоб врахувати їх під час розробки; як побудувати логіку навчального курсу;
- як обрати фокус та пріоритет курсу та уникнути звичного «що більше, то краще»;
- які питання та блоки повинні розкривати основну тему;
- який список знань та ставлень потрібно інтегрувати в курс, які методи та формати обрати для відпрацювання навичок;
- як використовувати сторітеллінг та привносити голоси пацієнтів у викладання для медпрацівників; як фасилітувати складні та неоднозначні дискусії під час викладання.

Формат майстерні передбачав фасилітацію роботи групи та створення простору для спільного дослідження точок дотику в умовах різності. Кожна з учасниць стала співфасилітаторкою та співрозробницею курсу. Учасниці в малих групах готували кожену сесію та розробляли методичні частини посібника, а також обговорювали, надавали зворотній зв'язок та погоджували змістовне наповнення. Ми разом вчилися не лише створювати новий навчальний курс, але і пробували нові інтерактивні методи викладання.

Фасилітація роботи групи та простір для спільного дослідження в умовах різності

Мене не полишає думка, що мені дісталися дуже особливі групи та учасники. Я очікувала більш консервативну аудиторію з інтенсивним спротивом

до змін. Я натхненна відкритістю людей до нового та їхньою серйозністю у ставленні до власного професійного зростання.

Учасникам інколи було непросто представляти свою роботу для обговорення з колегами з інших ЗВО. Відчувався стрес, пов'язаний з очікуваною критикою проведеної сесії. У цій напрузі особливо відчувався дискомфорт від усвідомлення учасниками власної неідеальності. Але без цього дискомфорту зміни неможливі. Тож ми навчилися використовувати його в здорових дозах, щоб відшліфувати себе, свої позиції та вміння.

Завдяки тому, що в нас замість «єдиного транслятора істини» було багато версій та індивідуальних голосів, а також саморефлексія, кожна учасниця змогла:

- дослідити найкращі світові практики та інновації,
- звірити свої ставлення до різних питань з ними,
- навчитися нових підходів через спів-викладання нових для себе тем – адже доведено, що ми найкраще навчаємося, коли навчаємо інших.

Ми дійшли висновку, що створення простору для дослідження практик, упереджень, вербальних та невербальних сигналів та фасилітація спільного пошуку варіантів відповіді є ефективним підходом до розгляду людської взаємодії в професійному медичному контексті. Адже людська взаємодія не терпить алгоритмів – люди, ситуації та виклики завжди різні, тому медпрацівникам важливо знати себе та свої реакції, та володіти основними комунікаційними інструментами для роботи з напруженнями в усьому їхньому різноманітті.

Людська взаємодія не терпить алгоритмів

АВТОРСЬКИЙ
КОЛЕКТИВ КУРСУ





АВТОРСЬКИЙ КОЛЕКТИВ КУРСУ

Ми запросили до команди лікарів та викладачів з різним досвідом роботи: і на бакалавраті в медсестринстві, і на пост-дипломних програмах, з досвідом викладання медсестрам, з досвідом роботи за кордоном та в Україні. Різноманіття й простір для нього стали критеріями, згідно яких ми створили широку рамку заради забезпечення якості та врахування різних підходів.

Тож раді представити вам співавторок нашого курсу:

Ірина Боровик

доцентка кафедри терапії та сімейної медицини. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського



«Чи залежить рівень емпатії від віку, статі, досвіду, спеціалізації медичного працівника? Чи можливо розвинути емпатію і яким чином? Найбільше запам'яталась несподівана для мене злагожденість роботи, ентузіазм, бажання колег, які раніше мало знали одне одного, працювати спільно, згодом ми стали командою, в якій дослухаються і враховують думку кожного».

Дарина Богдан

координаторка з розбудови потенціалу і з моніторингу й оцінювання проєкту
«Розвиток медичної освіти»



«Я досі пригадую свого хірурга Живодерникова, і пам'ятаю його не стільки за прізвище, скільки за те, що він лікував не тільки мою руку і навіть не тільки моїх батьків – він спілкувався і з повагою ставився до мене дев'ятирічної як до пацієнтки. Він з розумінням ставився до мого страху і болю. Саме завдяки здатності і готовності цього хірурга з розумінням поставитись до мене, мого стану, моїх переживань в моїй пам'яті зберігся не травматичний, а «пригодницький» досвід.

Тож, емпатія не залежить ані від віку, ані від статі, ані від країни, в якій ти народився, і навіть не від прізвища. Я доєднувалась до команди майстринь, які працювали над курсом, з «соціально-працівничою» вірою в цінність емпатії і можливість кожної людини змінюватись. Звісно, для набуття цієї навички – навички емпатувати – важливим є не лише прочитати «книгу про емпатію», але й відповісти для себе на питання, навіщо мені як лікарю це потрібно, чи не буде це додатковим тягарем, що лише поглибить вигоряння, чи достатньо в мене часу для проявів емпатії, як емпатія може впливати на якість професійного життя лікаря, який вплив вона може мати на якість стосунків з пацієнтом та результати його лікування тощо. Дискусії навколо всіх цих питань, навколо всіх «за» і «проти» були цінними своєю різністю, відвертістю і глибиною. Це був надзвичайно цінний та яскравий досвід, за який я вдячна всім причетним!»

Наталія Галіяш

доцентка кафедри педіатрії №2, Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського

«Усі ми зараз говоримо про людяність та емпатію медичних працівників, але, на моє переконання, більшість медичних працівників є людяними по своїй природі. Адже вони обрали благородну професію допомоги людям у важких ситуаціях. Тож, чому ми так часто стикаємося з відсутністю цієї людяності у медзакладах? На мою думку, проблема лежить у витісненні викладання так званих softskills з навчальних планів медичних ЗВО.

Під час розробки цього курсу мене, звичайно ж, вразила та кількість небайдужих, високопрофесійних, палаючих ентузіазмом медичних освітянок, котрі готові кидати виклик сьогоденню, щоб разом формувати кращі медичні кадри, досконаліше медичне суспільство та якіснішу медичну допомогу в Україні. З того, що запам'яталось – різноманітність думок, поглядів, пережитого досвіду. Захоплююсь професіоналізмом, наполегливістю та ентузіазмом нашої фасилітаторки Анастасії Леухіної, яка взяла на себе сміливість підняти тему людяності в медицині на новий рівень та продуктивно об'єднати усіх нас задля створення вкрай важливого курсу».



Анастасія Горецька

керівник психологічної служби Навчально-наукового інституту якості освіти, Харківський національний медичний університет



Ольга Говардовська

асистентка кафедри фтизіатрії та пульмонології,
Харківський національний медичний університет



«Як оцінювати первинну готовність людей бути чи не бути лікарем (й відповідно – їхню здатність та готовність до емпатії і тому подібного)? Як оцінювати це в процесі навчання на всіх його рівнях? Дуже часто вимоги, які ставлять пацієнти до лікарів, виходять за межі їхніх функціональних обов'язків та повноважень, що створює дисонанс. Що потрібно зробити/змінити, щоб досягти гармонії в цьому питанні? Протягом роботи над курсом вразили співавторки – їхній особистий досвід, життєві історії, погляди на проблемні питання, напрацювання».

Олена Горська

викладачка кафедри медико-профілактичних дисциплін та лабораторної діагностики,
Рівненська медична академія



«Створення курсу та написання посібника у мене співпало з особистою історією. Я відчула, як це важливо, коли комунікацію налагоджено, коли пацієнт і лікар – це партнери, коли тебе слухають та чують, дають інформацію та вибір, коли тебе запитують. І я зрозуміла, що мене як лікаря цього не вчили. Як пацієнт – я цього потребую. Як викладач – я цього не навчаю. Я знала, що буде важко емоційно, та й фізично, але я прийняла рішення піти в роботу.

Думки, які стали для мене фаворитами:

*«Люди йдуть на людяність»,
«Пацієнтам важливі не лише фахові навички»,
«Емпатія не дорівнює вигорянню».*

Безмежно вдячна усім і кожній учасниці майстерні. Майстерня стала для мене неабиякою підтримкою в моїй особистій історії».

Софія Гусак

доцентка кафедри внутрішньої медицини №2 Тернопільського національного медичного університету імені Івана Горбачевського

«У викладанні курсу паліативної медицини мені дуже допомогла «Зовсім не страшна книга», яка справила на мене велике враження і завдяки якій, я зрозуміла глибше сферу паліативної підтримки в останні дні-місяці життя пацієнтів. Оскільки курс новий, програма курсу потребує доопрацювання. Як її покращити? Як донести до слухачів курсу найважливіше та, взагалі, як привернути увагу студентів до цієї, дуже актуальної на сьогодні, теми? Як навчити майбутніх лікарів правил ефективної комунікації, фундаментом якої є емпатія? У пошуках відповідей на ці запитання я потрапила на майстерню.

Під час майстерні мені найбільше запам'яталась спільна праця авторів, дискусії, сумніви і багато запитань, які в підсумку і допомогли нам віднайти істину. Я відкрила для себе нові горизонти у розумінні стосунків пацієнт – лікар. Успішне лікування – це про ефективну комунікацію, правильно вибудовані стосунки лікар – пацієнт, це про професійні кордони, спільне прийняття рішень. Це про емпатію. Цьому можна і варто вчитись».



Олена Ігнащук

координаторка з медичної освіти україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти»



«Я глибоко вдячна, що «Зовсім не страшна книга» існує і її можуть прочитати і пацієнти в складних ситуаціях, і їхні близькі, і лікарі. Трансформація основних ідей книги у навчальний курс для студентів і лікарів, а також підготовка посібника для тих, хто викладатиме цю тему чи увесь курс, – це важливий крок, зроблений з великою відповідальністю. Процес спільнотворення з освітянами різних ЗВО України, медпрацівниками різних медичних спеціальностей був насичений діалогами, дискусіями, обмінами ідей – у цьому процесі й вибудовується курс. Однак завжди в фокусі майстринь запит на людяність та емпатію при взаємодії між медичними фахівцями та пацієнтами. Це був надзвичайний досвід спільнотворення в колі незрівнянної команди одnodумців».

Олена Коротун

доцентка кафедри педіатрії та дитячих інфекційних хвороб,
Буковинський державний медичний університет:

«Лікарі і медичні працівники часто почуваються безпорадними у разі конфліктів з пацієнтами чи за необхідності повідомити погані новини. А пацієнтам здається, що медпрацівники – цинічні та бездушні. Насправді ж емпатія, побудова довірливих відносин, людяне спілкування – це навички, яким можна і потрібно навчатись. Для мене найважливішим є усвідомлення лікарями і медпрацівниками того, що людяність, емпатія і спілкування з пацієнтами не є чимось додатковим чи другорядним, що це, по-перше, ключова і есенціальна компетенція медпрацівника, а по-друге – надзвичайно важливий інструмент досягнення комплаєнсу, вирішення конфліктів і скарг та попередження власного професійного вигорання. Не менш важливим є і розуміння пацієнтами, що лікар чи медичний працівник теж є людиною з власними емоціями, переживаннями та потребами. «Пацієнт не шматок м'яса, лікар – не робот» – моє ключове повідомлення».



Олена Костюк

доцентка кафедри неонатології, Національний університет охорони здоров'я України імені Платона Шупика



«Цікава і важлива тема. З цими питаннями зустрічаюся щодня в практиці. Вразив великий пласт нової інформації: як багато ми не знаємо! Вразили знання та інструменти, якими ми можемо користуватися на практиці. Запам'яталася надзвичайно цікава командна робота».

Анастасія Леухіна

голова ГО «Горизонталі» авторка «Зовсім не страшної книги про життя, смерть і все, що поміж ними», консультантка Україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти».

«Я щаслива, що ми творимо нову якість у взаємодії пацієнтів та лікарів. Це дозволить нам додати довіри в сектор охорони здоров'я, а довіра творить дива».



Оксана Петринич

доцентка кафедри сімейної медицини,
Буковинський державний медичний університет:

«Питання людяності в медицині мені болить. Нещодавно фейсбуком гуляла картинка про те, як діткам у СРСР проводили операції з видалення мигдаликів та аденоїдів. Коли я побачила цю картинку – як ніби заново пережила те, що довелося у моїх 12 років. На жаль, багато жахів ми успадкували від тієї медицини, та нелюдяність нікуди не зникла. Студенткою на практиці, вже в незалежній Україні, я бачила вишкрібання матки без знеболення, зате з примовлянням тій жінці: «Не кричи, тобі має подобатись...» Чому лікарі так чинять? Це наслідки якихось дитячих травм, захист від вигоряння, хибна мотивація до професії чи ще щось? Як змінити це?»



Наталія Повар

викладачка кафедри медико-профілактичних дисциплін та лабораторної діагностики,
Рівненська медична академія



*«Мені важко знайти слова співчуття,
які б висловили жаль, що я відчуваю».*

«Одне з найважливіших питань для мене – як на заняттях формувати у студентів людиноцентроване ставлення до пацієнтів. Зокрема, на заняттях з емпатії. Для мене зрозуміло, що необхідною умовою є емпатійне ставлення самого викладача до студентів.

Але – чи цього достатньо?

Пропонувати фільми, книжки з теми? Враховуючи завантаженість студентів медичних ЗВО, як багато з них подивиться фільм, а тим більше прочитає книжку?

Включати в заняття дискусії з найсуперечливіших питань? Використовувати рольову гру?

Вже працюючи в нашій майстерні, побачила багато нових інтерактивних інструментів, які можна використовувати для досягнення цієї мети. Дякую всім колегам і вже друзям за цей досвід!

Але залишається багато відкритих запитань. Чи коректно використовувати рольову гру на заняттях? Завжди є небезпека зачепити особисту історію студента.

Сподіваюсь, що працюючи безпосередньо зі студентами і використовуючи різні інструменти сучасної педагогічної науки, дійдемо розуміння, які з них працюють найкраще в конкретних ситуаціях під час опанування різних тем цього курсу».

Наталя Рудакова

викладачка кафедри психічного та фізичного здоров'я,
Львівська медична академія імені Андрея Крупинського

«Людяність та емпатія – це якості вроджені, чи їх можна в собі зростити? Наскільки наша система освіти може такі якості у студента прийняти та не знищити в розвитку його як майбутнього медпрацівника в професійній системі? Мене вразила кількість інформації й інструментів, які вже давно використовуються в інших країнах, але в Україні досі приймаються з боку медичних працівників з острахом, непорозумінням. Півроку нашого курсу – неймовірна команда професіоналів, робота ентузіастів».



Юлія Тихолаз

викладачка циклової комісії природничо-наукових дисциплін,
Вінницький медичний фаховий коледж імені академіка Данила Заболотного



«Що саме спонукало мене долучитися до створення курсу? Напевно, розуміння того, що в багаторівневій структурі дисциплін медичних ЗВО відсутні дисципліни, які навчають вмінню комунікувати з пацієнтами, емпатувати – слухати, розуміти, реагувати, взаємодіяти та спільно приймати рішення. Ці навички вкрай необхідні у роботі медичного працівника, адже від них значною мірою залежить емоційний стан та самопочуття пацієнта»

Юлія Турпакова

викладачка дисциплін педіатричного профілю,
Рівненська медична академія

«Мене завжди цікавили особливості взаємодії рівня медичний працівник-пацієнт, тому що це взаємодія двох людей, і якщо вони зможуть встановити правильний контакт – вони будуть партнерами, напарниками в подоланні тих викликів, які робить захворювання. Якщо ж вони не знайдуть спільної мови – то історія буде, як в байці про «віз і нині там». А ще мене бентежить такий момент: лікар теж людина, і якщо він буде все пропускати крізь себе, то надовго лікаря не вистачить... Як знайти ідеальний підхід... Чи існує він? Було цікаво розібратись та, можливо, знайти певні стратегії, які б зберегли фізичне здоров'я пацієнтів і душевне здоров'я лікаря».



Елізавета Шунько

завідувачка кафедрою неонатології,
Національний університет охорони здоров'я України імені Платона Шупика



«Питання комунікації, людяності та орієнтованості на пацієнта є дуже важливими для медичної спільноти, пацієнтів та суспільства в цілому. Здоров'я людини – це найбільша цінність. Я завжди зазначаю, що здоров'я людини починає формуватися в період внутрішньоутробного розвитку та в перші роки життя. Освіта суспільства та належні комунікації надавачів медичних послуг та пацієнтів за умови належної поваги та людяності зможуть зробити світ кращим, доброзичливим та безпечним. Саме навчальний посібник, розроблений групою авторів, зробить важливий внесок до цих змін. Особисто для мене співпраця в робочих групах з членами авторського колективу стала важливим досвідом комунікацій та дала відповіді на складні питання. Дякую усім!»

Тетяна Щудрова

доцентка кафедри фармакології,
Буковинський державний медичний університет

«Молоді лікарі починають самостійну практичну діяльність, не володіючи достатнім набором комунікативних навичок та знань, які є необхідними в роботі медпрацівника. Тому раціональною є розробка та впровадження подібного практично-орієнтованого курсу для вивчення на старших курсах.

За час роботи в майстерні отримала неймовірний досвід та задоволення від співпраці та співтворчості з колегами з різних навчальних закладів. Сподобався формат роботи у вигляді дискусій у малих групах, нові методики навчання та отримання зворотного зв'язку».



ЯК ВИ МОЖЕТЕ ВИКОРИСТОВУВАТИ ЦЕЙ ПОСІБНИК?

Ви **можете взяти цей курс за основу та викладати його** як обов'язковий або вибірковий курс у вашому ЗВО. Нижче ми поділимося історією колег з Буковинського університету як прикладом того, як це можливо запровадити з огляду на академічні вимоги та університетську автономію.

Ви **можете взяти будь-яку тему та розкрити її більш глибоко** в рамках вашого наявного курсу - або зробити новий: насправді теми настільки великі, що кожна з них може стати окремим курсом, з практичним відпрацюванням навичок.

Ви також **можете використати ці матеріали для того, щоб вплести** більш емпатійне ставлення та його допоміжні інструменти **у ті курси, які ви вже викладаєте**. Прикладом, під час аналізу симуляційних вправ звертати увагу слухачів на якість взаємодії з пацієнтом, а не лише на медичні фактори та лікування тіла.

Ми напрацювали багато ідей стосовно змісту та формату різних занять. В матеріалах, які ви знайдете в цьому тексті та за кьюар-кодами в кожному розділі, ви побачите і цікаві моделі чи протоколи для роботи, і приклади тестових завдань, і методологію проведення рольових ігор, і ідеї з використанням відео та структури його обговорення – тож, як і з конструктором леґо, **ви можете міксувати та підбирати для себе ту суміш, яка найкраще підійде до потреб вашої аудиторії**, вашого ЗВО чи вашого курсу. Ви можете розширювати чи «сплющувати» запропоновані ідеї в часі, формувати з запропонованих ідей такі комбінації, які будуть адекватними до ваших можливостей та обмежень.

ІСТОРІЇ УСПІХУ У ВПРОВАДЖЕННІ КУРСУ

Розробивши курс «Людяність та емпатія в роботі медпрацівника», ми зустрілись з новим викликом. Як імплементувати курс в освітню програму? Які бюрократичні процеси треба подолати? Чи готові співавторки курсу викладати його?

Дуже важливу роль в інтеграції курсу до навчального процесу відіграли співавторки курсу з їхньою наполегливістю, бажанням викладати і готовністю долати всі адміністративні процедури, які інколи виглядали як перешкоди. Тож ми ділимося історіями про синергію наших майстринь й адміністраторів ЗВО під час впровадження курсу в їхніх закладах.



Тетяна Щудрова: теоретичний курс з біоетики, який не працює

Викладаю навчальну дисципліну «Основи біоетики», частина тем якої і має стати, на мою думку, основою запропонованого курсу. Предмет викладається студентам медфакультетів на першому курсі. Проте студенти ще не готові сприймати цю інформацію та відверто не розуміють суті обговорюваних етичних проблем, адже вони на цьому етапі ще не взаємодіють з реальними пацієнтами й не усвідомлюють комунікаційних та етичних проблем при взаємодії лікаря з пацієнтом/родичами/опікунами. Отже молоді лікарі починають самостійну практичну діяльність, не володіючи достатнім інструментарієм комунікативних навичок та знань, які є необхідними в роботі медпрацівника. Тому раціональною є розробка та впровадження подібного практично-орієнтованого курсу для вивчення на старших курсах.

Буковинський медуніверситет: командна робота викладачів плюс запит студентів, помножені на підтримку керівництва

Троє учасниць майстерні були з Буковинського державного медичного університету – тепер у цьому ВНО вони є викладачками свого курсу з назвою «Медичні комунікації (навички спілкування з пацієнтами). Пацієнт-орієнтоване консультування». Авторки курсу – Оксана Петринич, Олена Коротун

та Тетяна Щудрова – працюють на різних кафедрах. Олена викладає дитячі інфекційні хвороби та педіатрію для студентів 5 курсу (кафедра) педіатрії та дитячих інфекційних хвороб, Оксана – загальну практику – сімейну медицину на 6 курсі (кафедра сімейної медицини), а Тетяна – фармакологію та основи біоетики та біобезпеки для студентів 3 курсу (кафедра фармакології). Вони об'єднались щоб створити цей курс та викладати його разом. Робота на різних кафедрах, перевантаженість програм навчальних дисциплін, що мають відповідність до тематики курсу – все це не стало перешкодою у тому, щоб курс був вчасно поданий на ярмарок вибіркових предметів та імplementований вже 2021-2022 навчального року.

По-перше, Олена, Оксана та Тетяна встигли подати опис ще не остаточно розробленого курсу на ярмарок вибіркових дисциплін для 4 курсу медичного факультету №2 (подачу на інші курси вже було закрито). Це сталось ще до того, як розробка курсу сягнула екватору – авторки мали лише стислий силабус предмету, робота ж з основними матеріалами саме була у розпалі. Але віра у непохитність дедлайнів і бажання викладати предмет все ж таки зробила неможливе можливим, і курс з назвою «Медичні комунікації (навички спілкування з пацієнтами). Пацієнт-орієнтоване консультування» опинився в меню вибору студентів.

Ідея викладачок була дуже тепло сприйнята адміністрацією БДМУ – і про-ректор з навчальної роботи Ігор Геруш, і голова навчально-методичного відділу Володимир Ходоровський, і координаторка україно-швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти» в БДМУ Тетяна Білоус стали спілотворцями цієї історії успіху, доклавши зусиль до запровадження курсу в програму.

Курс про пацієнт-орієнтоване консультування обрали 12 груп. Популярність нового курсу з незнайомими для студентів викладачами, без відгуків по студентському сарафанному радіо, здивувала не тільки авторок, але й адміністрацію.

«Це саме та історія успіху, яка надихає весь наш авторський колектив – ми відчуваємо, що те що ми робимо, важливо не тільки для пацієнтів, але й для лікарів і викладачів: є великий запит на комунікативні навички і емпатійне ставлення у студентів,» – ділиться одна з співавторок курсу.

Втім, те, що на новий курс записались 12 студентських груп, ще не привело історію до хепіенду. Перед адміністрацією постав новий виклик: майстрині працюють на різних кафедрах – а курс один, ще й викладатиметься

у 12 групах. Чи ви пробували колись розподілити викладацькі години між трьома різними кафедрами?

Але і тут мудрість адміністрації та прихильність завідувачів кафедр наших майстринь одержала верх над бюрократією. Рішення знайшли! І групи, і навчальні години вдалося розподілили між кафедрами.

Нащо ми розповідаємо про цю ситуацію так детально? Щоб показати, що подолати будь-який рівень складності в освітній бюрократичній головоломці, адміністративну процедуру і ситуацію – можливо, якщо люди, від яких залежать зміни у навчанні медпрацівників, сповнені бажання і розуміння важливості теми, запиту від студентів, лікарів і пацієнтів. Зрештою, усі ЗВО автономні в праві модифікувати свій освітній процес. І наша амбітна ціль – зробити курс з людяності обов'язковою дисципліною для всіх факультетів.

Проте і це ще не все. Коли бажання співавторок курсу викладати його зустрічається із запитом слухачів (студентів) та помножується на підтримку керівництва на різних рівнях, трапляються дива. Про одне з них – далі, бо успіх курсу про людяність та емпатію, поданого на ярмарок в БДМУ – не єдина історія, про яку варто розповісти.

Викладачки курсу поділилися напрацюваннями зі студентами під час зустрічі студентського наукового товариства для симуляційного центру; з аспірантами – у рамках курсу «Тайм-менеджмент і комунікація в медицині»; з лікарями – під час курсів безперервного професійного розвитку на факультеті післядипломної освіти; і з колегами-освітянами під час зустрічей Груп рівних в рамках безперервного професійного розвитку. І тепер всі вони хочуть ще!

Поширення теми і збільшення запиту на навички людиноцентрованого підходу серед усіх спільнот медпрацівників виглядає як снігова куля, що дуже швидко рухається і збільшується. І це кейс лише одного ЗВО з освіти лікарів.



Оксана Петринич, Олена Коротун
та Тетяна Щудрова



Історія Оксани Петринич: Багато спроб, які лише зараз стають успішними

Ще 2005 року, коли я вперше проходила курс із підвищення педагогічної майстерності в Києві – це був курс із тематичного удосконалення при інституті сімейної медицини, – нам розповідали про людиноорієнтовану модель взаємодії з пацієнтом. В мене на диску збереглися два відео, які вже зараз в нашій майстерні Олена Коротун і Тетяна Щудрова змогли використати у своїй темі як єдині практичні кейси, записані українською мовою. Там знімався в ролі лікаря всім відомий Владислав Одринський. І власне тоді Влад із якимось проєктом вже займався розв'язанням проблеми людиноорієнтованого підходу.

Пам'ятаю, що на своєму робочому місці, будучи молодою асистенткою (це фактично був перший-другий рік роботи на кафедрі як педагогічної працівниці), я намагалася розповідати про те, що якщо ви консультуєте пацієнта і використовуєте пацієнт-орієнтовану модель, то це вам дозволяє навіть застосувати правильний алгоритм його ведення. І ось я намагалася це запровадити: наводила конкретні приклади того, як лікар пішов неправильним шляхом і правильним щодо кашлю, щодо диспепсії.

Але все ж таки, враховуючи принцип дільничності, що був п'ятнадцять років тому в системі поліклінічної допомоги, підхід людиноорієнтованості не був сильно затребуваний, адже як би ти не працював, твоя дільниця в тебе є і пацієнт від тебе нікуди не дінеться.

Після запровадження медичної реформи на первинному рівні лікарі почали певною мірою конкурувати за пацієнта, пропонуючи людям щось таке, чого не пропонує інший лікар. Новий підхід вже став популярним, адже люди насправді йдуть і на людяність. Не лише на фаховість лікаря, на його hard skills, але й на людяність

З часом я пройшла навчання на фасилітатора в Групі рівних, уже дуже добре познайомила з Анастасією Леухіною, і власне тому, коли вона запропонувала ідею створення навчального курсу, я аж ніяк не могла не погодитися. Ця тема для мене вже була такою, з якою я мала справу як викладач і яка чекала свого часу.

Рівненська медична академія: велике бажання, помножене на управлінську гнучкість



Наталя Повар і Олена Горська почали викладати свій курс «Людяність та емпатія в роботі медпрацівника» як вибіркову дисципліну для вечірньої форми навчання на бакалавраті. З вересня 2021 студентами Наталі та Олени є практикуючі медичні сестри, які вже мають досвід (як позитивний, так і не дуже) спілкування з пацієнтами.

Щоб запровадити курс в освітню програму, Наталі та Олені довелося пройти декілька етапів: визначитися, чи це вибіркова, чи обов'язкова дисципліна, на якому курсі якого факультету вона має знайти місце, хто викладатиме та який бюрократичний опір треба подолати для втілення усіх кроків.

Адміністрація в Рівненській медичній академії не чинила опір та підтримала оригінальну назву курсу. Але викладачки не встигли завершити адаптацію курсу для студентів з медсестринства до завершення ярмарку вибірових дисциплін. Завдяки відкритості та креативності адміністрації вони знайшли вихід – запропонувати курс на ярмарку для бакалаврів вечірньої форми навчання, що був ще попереду. За результатами цього ярмарку на курс записалося 42 студенти, яких розділили на дві групи. Курс уже викладається – живе в думках студентів, в дискусіях на парах і поза ними.

«Я хотіла почати викладати курс одразу після завершення майстерні – поки дискусії, ідеї, емоції живуть у пам'яті. Ми розуміли, що маємо ще адаптувати цей матеріал для медсестер-бакалаврів. І нам важливо весь цей пласт підняти. Далі все було просто. Я прийшла до проректора та розповіла про курс. Він відразу зрозумів цінність такого курсу, й ми подалися на конкурс для вечірників», – ділиться Наталя Повар.

Олена Горська додає: «Нас штормило, коли ми ділили теми. До останнього не знали, чи відділяти нам людяність від емпатії. Провівши першу практику, я зрозуміла, що потрібно розділити ці дві теми на два окремих заняття. Перше заняття – це знайомство зі студентами та з пацієнт-орієнтованим підходом. Ти говориш «пацієнт-орієнтований підхід», а між студентами починається жвава дискусія. Я встигала лише вставляти слово. І коли ми почали говорити про емпатію – залишилося зовсім мало часу. Тож я побачила, що ці теми варто розділяти.

Я запитала студентів, як вони розуміють емпатію й що вони очікують дізнатися під час курсу. Виявилось, основне, чого хочуть навчитися – «Як комунікувати, підтримувати пацієнта, але при цьому не вигорати?» Одна зі студенток є старшою медсестрою відділення в перинатальному центрі. Вона сказала, що для неї важливо дізнатися, як коректно співчувати людям. Бо вона

бачила у своїй професійній діяльності багато різного, але й до сьогодні не знає, як виражати співчуття правильно. Багато хто казав, що емпатія – дуже популярна тема, тому вони вибрали цю дисципліну. Їм цікаво навчитися спілкуватися з пацієнтами».



Олена Ігнашук: пацієнт-орієнтованість та Групи рівних

Запуск і «обкатка» курсу – це не просто ініціатива окремих колег. Це постійний обмін – ідеями, досвідом, знаннями – між освітянами, між кафедрами і навіть між ЗВО. Запит на цю тему існує серед освітян різних спеціалізацій, адже тема людяності й емпатії є універсальною та торкається комунікації в усіх галузях.

2020 року україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти» розпочав нову ініціативу – Групи рівних для медичних освітян як формат безперервного професійного розвитку. Групи рівних – це регулярні зустрічі рівних за посадою освітян, які дають учасникам можливість обговорити важливі для свого професійного розвитку теми чи кейси, ставити питання, ділитись досвідом у безпечному середовищі, і все це без відриву від роботи.

Починаючи з 2021 року 25 фасилітаторів в Україні організовують зустрічі Груп рівних у медичних ЗВО. По дві таких групи функціонують і в Рівненській медичній академії, і в Буковинському державному медичному університеті.

Найпопулярнішою темою в Групах рівних, за результатами опитування їх учасників, 2021 року став саме людиноцентрований підхід.

Детальніше про Групи рівних можна дізнатись тут: mededu.org.ua/groups/

До того ж майстрині з нашого курсу широко популяризують цю тему і на конференціях з медичної освіти. Так, пані Оксана Петринич у травні 2021 року виступила на Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання клініки, діагностики, лікування на різних етапах надання медичної допомоги», організованій Рівненською медичною академією з доповіддю «Людиноорієнтований підхід у медицині: 8 «кітів».



Попереду ще не один шторм в пілотуванні курсу, не одна жвава дискусія зі студентами і не одна модифікація кейсів, адже викладати курс – це теж спільнотворити, тепер вже зі студентами.

ЧАСТИНА 1

ФОРМАТ ВИКЛАДАННЯ ТА ЙОГО АДАПТАЦІЯ ПІД ПОТРЕБИ РІЗНИХ ЦІЛЬОВИХ АУДИТОРІЙ

Одне з фундаментальних правил ефективної комунікації (а наше викладання і є комунікацією, яка змінює людей та їхнє бачення своєї справи) – знайти здоровий баланс між тим, що аудиторія хоче почути, і тим, що ми хочемо донести.

**Знайти баланс між тим, що аудиторія хоче почути,
і тим, що ми хочемо донести**

Ми знайшли багато спільного у підходах до роботи з різними аудиторіями та погодилися, що незалежно від рівня аудиторії будуть добре працювати такі підходи:

Менше теорії, більше практики

- Менше теорії, більше практики: викладати теоретичний матеріал коротко і наочно.
- Практичність та навчання на базі досвіду, щоб учасники могли прожити ситуації та відчути сторони по різні боки взаємодії.
- Гнучкість за рахунок різних форматів та відкритість до експериментів з різними видами вправ, рольових ігор, кейсів, роботи зі стандартизованими пацієнтами.
- Багато уваги формулюванню цілей вправ та запитань, якісний та добре сфокусований дебрифінг.

Менше істин, більше фасилітації

- **Обережно: запит на інструкції.** Хоч би як хтось не хотів отримати скрипти до типових випадків спілкування, насправді людські взаємодії важко узагальнювати алгоритмами. Вам потрібно буде показати алгоритми, донести важливість певних кроків та навчити учасників імпровізувати з цим знаряддям по ситуації – з огляду на різних людей та різні контексти.
- Створювати простір та час для саморефлексії про свій стан, свої почуття, свої емоції, а також про вже прожиті ситуації.
- Ні моралізаторству, так – чесному діалогу. Менше істин, більше фасилітації.
- Прикладне відпрацювання навичок малими дозами з достатнім простором для обговорення.
- Використання відео, фото, перегляд фільмів чи серіалів; залучення слухачів до створення власного відеоконтенту та навчання на робочому місці.

Ні – моралізаторству, так – чесному діалогу

Ми з учасницями майстерні проаналізували потреби різних медичних аудиторій – медсестер та лікарів. Пропонуємо вам результати нашої спільної рефлексії про особливості роботи викладача з кожною – в академічному та пост-дипломному контекстах.

Табл. 1

Особливості роботи з різними цільовими групами

	Студенти (вища освіта)	Практики (післядипломна освіта)
Медсестри	мотивувати до вивчення курсу (використовувати і обговорювати різні відео, запрошувати практикуючих медичних сестер для поширення досвіду);	включити в тему: зацікавити і «озадачити» (в сенсі «спантеличити»);
	стимулювати рефлексію (аналіз своїх дій і почуттів);	стимулювати рефлексію та будувати містки з практикою;
	залучати до активної роботи в мікро-групах чи командах;	зважати на відносини лікар-медсестра та розподіл зон відповідальності між ними.
	впливати на емоції;	
Лікарі	доносити важливість рольових моделей.	
	візуалізація, наочність;	«діагностика» аудиторії в розрізі ставлень до різних питань щодо людиноорієнтованого підходу;
	використання соцмереж у практиці (професійні акаунти);	розбір власних кейсів учасників (горизонтальна освіта);
	відпрацювання комунікативних навичок, у тому числі з колегами (межі спілкування);	індивідуальний підхід;
	розуміння важливості рольових моделей.	знання групової динаміки та особлива увага до роботи з запереченнями.

ЗМІСТОВНА РАМКА КУРСУ

Як ви побачите з наступної розробленої таблиці, що заснована на компетентнісному підході, для фокусу цього курсу ми вирішили обрати вісь відносин між пацієнтами та медичними працівниками. Ми віримо,

Табл. 2
Ставлення, знання і навички, що є в фокусі курсу

	Ставлення	Знання
Пацієнт-хвороби		
Відносини пацієнт-медик	Людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом	Емпатія та підтримка: довіра, взаємоповага, взаєморозуміння та відповідальність в роботі з пацієнтами; розуміння, що означає підтримка та співчуття і чому вони актуальні в роботі лікаря; розуміння особистих кордонів в роботі з пацієнтами; толерантність та різноманіття: як і чому неоднаково працювати з різними людьми та, незважаючи на відмінності між ними, поважати їх як людей. Суб'єктність та конфіденційність: пацієнт як суб'єкт прийняття рішень; особливості інформації (зміст, обсяги), яка надається пацієнтові; важливість конфіденційності та юридичні аспекти, пов'язані з нею. Криза та конфлікт: що потрібно знати про конфлікт, щоб його розв'язати; що робить пацієнтів складними; що таке кризові емоційні стани та як вони впливають на взаємодію; стадії горювання.
Медик як фахівець		

що як вісь «пацієнт та хвороба», так і вісь «медпрацівник як професія» заслуговують на більш детальне висвітлення в рамках інших курсів. Особливо важливими є вивчення і психології пацієнтів, і стратегій профілактики вигорання у медиків, але, зважаючи на обраний фокус, ми залишили ці теми для інших активностей.

Навички

Емпатія та підтримка:

побудова довірливих стосунків з пацієнтом;

практичне вміння проявляти емпатію та надавати підтримку, співчуття, першу психологічну допомогу;

утримування особистих кордонів;

бачення консультації як простору для побудови відносин

як і чому неоднаково працювати з різними людьми та, незважаючи на відмінності між ними, поважати їх як людей.

Суб'єктність та конфіденційність:

як коректно надавати пацієнту інформацію та визначати, який рівень деталізації потрібен для кожного/кожної;

як на практиці забезпечити:

конфіденційність (що це означає на практиці, що можна, а що – ні),

право на автономію (як обговорювати з пацієнтом рішення про хід лікування та допомагати йому/їй їх приймати).

Криза та конфлікт:

як працювати зі складними ситуаціями;

як розпізнати складність пацієнта та зрозуміти, в чому корені його складності;

як комунікувати в стані високої емоційної напруги та стресу;

як повідомляти погані новини.

ЯК У ВИКЛАДАННІ КУРСУ МОЖНА ВИКОРИСТОВУВАТИ «ЗОВСІМ НЕ СТРАШНУ КНИГУ...»

Розуміння та уважність до іншої сторони є одним з основних принципів ефективної комунікації та побудови довірливих відносин. Вміння спостерігати та занотовувати різні прояви життєвої історії пацієнта та адаптувати під його потреби свої комунікаційні та медичні втручання свідчать про високий емоційний рівень медпрацівників та прояв людяності. Герої книги допомагають зрозуміти, що відбувається з іншого, пацієнтського боку.

Розуміння та уважність до іншої сторони є одним з основних принципів ефективної комунікації

«Зовсім не страшна книга...» – це збірка з 60+ історій різних людей з додаванням практичних рекомендацій лікарів, психологів та пацієнтів. Незважаючи на декілька історій з життя лікарів, в тому числі в ролі пацієнта, книга запрошує до подорожі пацієнтським досвідом. Завдяки мові життєвих історій різних людей вона дає зрозуміти, які дії та поведінка медпрацівника зачіпають за живе, що завдає болю, а що цілюще загоює рани чи знижує рівень стресу.

Історії з книги описують ситуації, які відбулися в Україні в реаліях нашої сучасності. Можна використовувати ці історії як кейси для обговорення, на їхній основі можна прописувати сценарії для рольової гри чи роботи із стандартизованим пацієнтом.

Ось приклад того, як ми використали історію з книги як кейс для навчання з комунікацій в умовах конфлікту під час Азовської школи сімейної медицини:

Тато Юлі

«Вдома ми довго відтягували той момент, коли переведемо батька на опіоїдне знеболювання, бо знайома лікарка (терапевтка, не онколог і не лікарка паліативної допомоги) сказала, що як тільки він почне приймати морфін, жити йому залишиться небагато.

Коли звичайні знеболювальні вже не допомагали – а їх було стільки (дексалгін, спазмалгон, кейвер, налбуфін, но-шпа, димедрол і т.ін.), що з цього списку можна було б укласти маленький фармакологічний довідник, – і лікар паліативної допомоги пояснив нам, що біль треба випереджати, а не «гасити пожежу», ми з мамою вирішили: настав час купувати морфін.

Мама попросила сімейну лікарку виписати рецепт на рожевому бланку для отримання морфіну і пластиру з фентанілом. Лікарка розповідала, що це ще не потрібно, що морфін дуже шкодить здоров'ю (батько на паліативі, камон!), а пластр з фентанілом – це дорого. Порадила купити ще від п'яти до семи знеболювальних і робити уколи. Цікава її пряма цитата: «ими надо играть», тобто, якщо не допомагає один препарат, колоти інший. Але у хворих на рак на останніх стадіях вже просто немає тіла, м'язів, куди можна колоти! І гратися зі знеболювальними, коли рідну людину мучить біль, – такого б я нікому не побажала.

Четвер, 25 липня 2019 року. Батькові з самого ранку стає боляче, я колю йому налбуфін («граюсь», як порадила сімейна). Не допомагає. Через 30 хвилин колю но-шпу, анальгін, димедрол (продовжую «гратись», як порадила сімейна) – не допомагає, біль лише наростає.

Починаю дзвонити по черзі всім знайомим лікарям і питати, як можна зарадити татові, продовжую «гратись» із уколами, руки трясуться. Врешті мама телефонує сімейній і вже з криком вимагає виписати рецепт на морфін».

Завдання:

Ви – колега сімейної лікарки Юліного тата та давня знайома Юлі. Вона хоче зайти до вас та порадитися. Підготуйтеся до розмови з нею та проаналізуйте ситуацію з обох сторін (Юля та лікарка), використовуючи таблицю зі структурою складної розмови.

ЯК МИ ЗНАЄМО, ЩО ПАЦІЄНТ-ОРІЄНТОВАНИЙ ПІДХІД ПРАЦЮЄ?

Коли ми починали роботу над курсом у форматі майстерні, це був експеримент і ми не могли чітко передбачити, що отримаємо у фіналі. Кожен заходив у цей процес майстрування зі своєю лінзою «викладача», «лікаря», «пацієнта», своїми очікуваннями, знаннями та ставленнями – це часом лише загострювало і збагачувало дискусії майстерні. Адже в ході дискусій, шукаючи згоди, ми шліфували думку і кристалізували повідомлення, які хотіли б донести слухачам курсу.

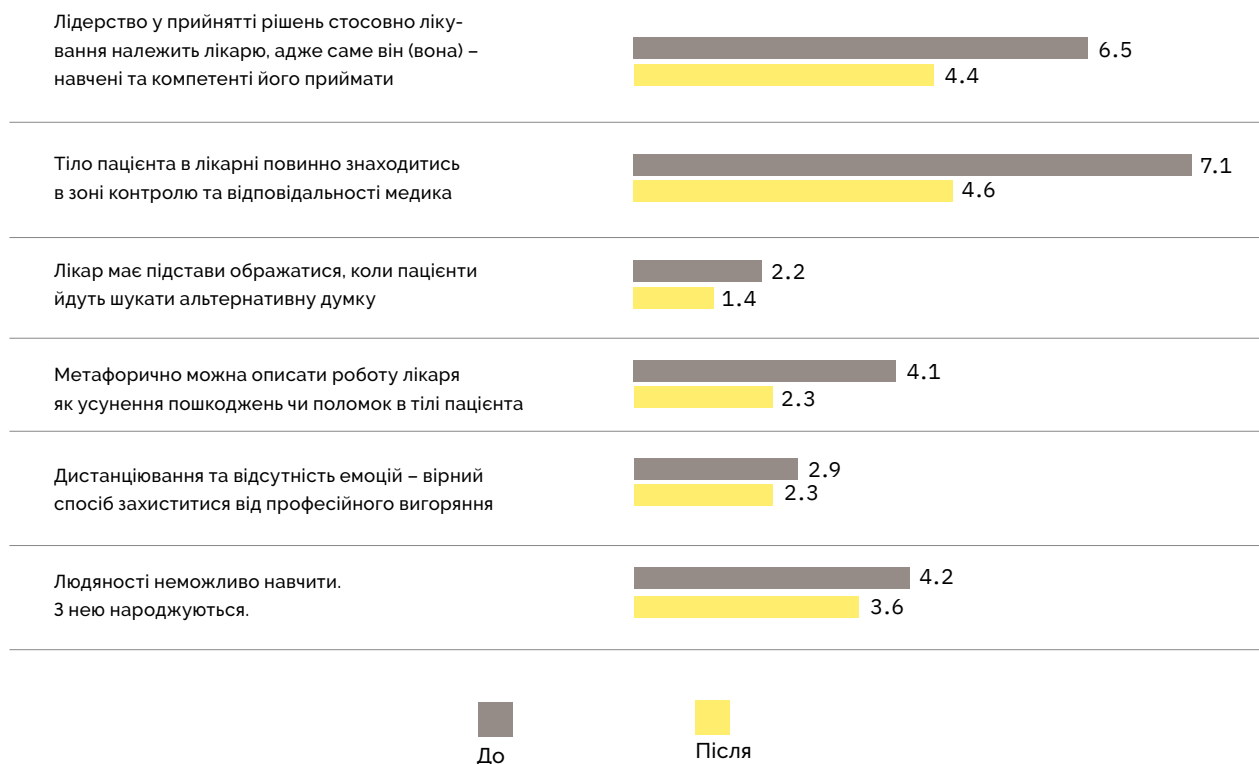


Рис. 3
Розуміння людяності: опитування до і після майстерні

Зворотній зв'язок від учасниць також підтвердив вдало підібраний формат навчання (більш горизонтальний/рівноправний). Тут всі учасниці мали змогу активно включитись в процес. Щира залученість кожного зі співрозробників в результаті змінила ставлення до багатьох аспектів пропрацьованих тем. Прикладом, після участі у майстерні учасниці значно менше погоджуються з наступними твердженнями:

«Лідерство у прийнятті рішень стосовно лікування належить лікарю, адже саме він/вона навчений (навчена) та компетентні (компетентна) його приймати».

«Тіло пацієнта в лікарні повинно знаходитись в зоні контролю та відповідальності медпрацівника».

«Метафорично можна описати роботу лікаря як усунення пошкоджень чи поламок в тілі пацієнта».

Дарина Богдан



ЯКІ ІДЕЇ ПРОПОНУЄ
ПОСІБНИК ЩОДО КОЖНОГО
БЛОКА НАВЧАЛЬНИХ ТЕМ?

ТЕМА 1

Людиноцентризований підхід

ТЕМА 1

ЛЮДИНОЦЕНТРОВАНИЙ ПІДХІД

У минулому головну роль у лікувальному процесі відігравали лікарі. Але часи змінюються. В ході вивчення спілкування медичних працівників із хворими виявляється, що пацієнт під час консультації виступає партнером. Він – експерт: ніхто краще за нього не розповість про роботу його організму, про її розлади, про причину звернення по допомогу. Тому зараз найавторитетніші джерела, як-от ВОЗ, пишуть про допомогу, орієнтовану на пацієнта, особистість або людину.

Міріам Дюважель
професорка комунікації в медицині
Гентський університет (Бельгія),
президентка Європейської асоціації з комунікації в охороні здоров'я

Ми дослідили багато різних статей та книг, щоб підготувати цей посібник. Нам зустрічалися різні назви, якими позначають те, що для нас важливо:

- людина – більша за її діагноз,
- пацієнт – більший за його тіло,
- лікар – більший за свою професію.

І лікар, і пацієнт – люди. Вони щоразу мають різний настрій та почуття. Вони мають різні вірування та переконання.

Ми знайшли такі різні назви для підходу, який розділяємо: людино- та пацієнтоцентрований чи -орієнтований підхід, біопсихомедична модель, підхід, орієнтований на відносини. Тож не засмучуйтеся, якщо ви будете

зустрічати у різних джерелах різні назви. Найголовніше, щоб вони, як би ми не назвали їх – і людяність, і співпереживання, і емпатія, і співчуття – були присутніми у наших відносинах з пацієнтами. З усім багатством відтінків, які відображатимуть різноманіття людських характерів, настроїв та почуттів.

**Як би ми не назвали їх – і людяність,
і співпереживання, і емпатія, і співчуття – вони мають
бути присутніми у відносинах з пацієнтами**

Ми віримо, що зможемо створити простір для відносин між пацієнтом та лікарем – простір, в якому є місце для емоційних чи духовних потреб, в якому поважається різність, а люди чують одне одного. Ми працюємо заради того, щоб майбутні лікарі та медсестри були краще споряджені комунікаційними інструментами та розумінням:

- як працювати з інакшістю, не засуджуючи,
- як співчувати та підтримувати, не вигоряючи,
- як бути поруч, не втрачаючи себе.

У цьому розділі ви дізнаєтеся про трансформацію у відносинах лікар – пацієнт, яка відбулася за останні сто років в світі, знайдете ілюстрації непростих переходів від авторитарної до партнерської взаємодії з української новітньої історії медичної практики та зможете уточнити, в чому ж полягає той самий людиноцентризований підхід у медичному контексті.

Ми усвідомлюємо, що шлях до партнерських відносин між медичними працівниками та пацієнтами – довгий і тернистий, адже він вимагатиме змін поведінки від обох сторін. Пацієнтам доведеться брати більше відповідальності за рішення стосовно свого здоров'я, а лікарям – поділитися цією відповідальністю з пацієнтами. Обом сторонам потрібно додати більше слухання та поваги – так, як це зробив медбрат в історії про Ларисиного тата, яку ви знайдете нижче; а головне – працювати над вміннями комунікувати.

ІСТОРІЯ ПРО ГІДНІСТЬ, ПРАВО ВИБОРУ ТА ОСТАННЮ ЦИГАРКОВУ ЗАТЯЖКУ

У тата продіагностували агресивну саркому з метастазами по цілому тілу, в мозку. Його руки та ноги почали пухнути, синіти. За тиждень поставили діагноз: гангрена. Ампутацію обох рук робили майже добу, зашивали, переливали кров. Лікар попередив, що реакції після пробудження можуть бути різними, тому важливо, щоб хтось був поруч.

Коли його привезли до реанімації, він опритомнів і подивився на мене. Не зрозумів, що відбулося, спробував підняти руки, але не було що підіймати.

Тато запитав:

– Що зі мною?

Я спробувала пояснити. Він заплакав.

– Будь ласка, йди, – сказав і відключився.

Наступного разу я пам'ятаю, як він підставляв щоку, щоб я його голила. Він наче готувався, чепурився.

– Я так хочу закурити. Дай мені цигарку.

– Тату, я запитаю лікаря. Не можу я сама таке чинити, зважаючи на твій стан.

Я чемно поговорила з лікарем. Він категорично заборонив курити, пояснюючи це тим, що метастази в мозку й перша ж затяжка може викликати непередбачувані наслідки.

Тато продовжував казати, що закурити – його єдине бажання. Я пообіцяла, що наступного разу і згодом, і поїхала додому.

– Тато помер. Щойно телефонували з лікарні – тато відійшов.

Я миттю вирушила у відділення. Його палата вже була порожня. Він лежав сам, а тепер у ній не було нікого. Я обережно зайшла в палату й відчула запах тютюнового диму. Тата вже не було – а дим іще стояв.

У коридорі нервово ходив санітар. Це був чоловік у віці, повністю лисий, чимось він нагадував вбивцю з фільму жахів. Коли тата поклали у відділення, мені сказали, що він дуже досвідчений санітар і що він буде гарно доглядати за батьком.

І от я стою перед ним, ми дивимося одне на одного.

– Ви йому дали закурити?

– Я не міг цього не зробити. Він дуже просив. Сказав, це моє останнє бажання, маю право, хочу і це моє рішення. І я дав йому закурити...

Лариса, «Зовсім не страшна книга про життя,
смерть та все, що поміж ними»

Цілі:

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	засади пацієнт-центрованого підходу, переваги пацієнт-центрованого підходу, принципи лікарської комунікації в пацієнт-центрованому підході.	

Ключове повідомлення:

ПАЦІЄНТ-ЦЕНТРОВАНИЙ ПІДХІД – ЦЕ СПОСІБ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЯКИЙ ВІДПОВІДАЄ ІНДИВІДУАЛЬНИМ ПОТРЕБАМ ТА ЦІННОСТЯМ ПАЦІЄНТІВ, А ТАКОЖ ВРАХОВУЄ ЇХНІ ПОБАЖАННЯ ТА ПЕРЕВАГИ ПРИ ПРИЙНЯТТІ РІШЕНЬ ЩОДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЛІКУВАННЯ.

Що викладати:

- Засади пацієнт-центрованого підходу: пацієнт не жертва та не об'єкт, він – партнер.
- Пацієнт-центрований vs патерналістський підходи до відносин лікар – пацієнт. Біопсихосоціальна vs біомедична моделі.
- Складові пацієнт-центрованого підходу: емпатія, повага, залучення, відносини, комунікація, спільне прийняття рішень, холістичний та індивідуальний підходи, координація допомоги. Переваги пацієнт-центрованого підходу: високий рівень довіри, розуміння потреб, зниження тривожності, підвищення рівня задоволення.
- Принципи комунікації в пацієнт-центрованому підході.
- План-карта ефективної комунікації (за Сільверманом): зміст, процес, сприйняття.
- Як пацієнт-центрований підхід сприяє реалізації універсального охоплення послугами охорони здоров'я.
- Ключові стратегії ВООЗ щодо розвитку системи охорони здоров'я для запровадження пацієнт-орієнтованого підходу.

Як викладати:

Зважаючи на те, що тема не передбачає відпрацювання навичок, ми рекомендуємо чергувати міні-лекції з прикладами та інтерактивні дискусії. Наприклад:

- перевірка початкового рівня знань (тестовий контроль) в електронному чи паперовому вигляді;
- міні-лекції;
- інтерактивні дискусії;
- демонстрація відео з консультаціями в обох форматах.

Висновки:

Пацієнт-центрований підхід є способом надання медичної допомоги, який враховує цінності, побажання та переваги пацієнта, залучає його до процесу лікування.

Пацієнт-орієнтований підхід було запроваджено у минулому столітті на противагу патерналізму в медицині та заради формування біопсихосоціальної моделі.

Пацієнт-центрований підхід є новою філософією та образом мислення, що сповідує повагу та емпатію до людей, котрі отримують медичну допомогу, враховує соціальні фактори, що впливають на стан здоров'я. Пацієнт-орієнтований підхід розглядає здоров'я не лише як відсутність хвороби, а як повноцінне життя людини, стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Створення систем охорони здоров'я, які орієнтовані на людину, є критичним для досягнення Цілей Сталого розвитку.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за кьюар-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 157).

ТЕМА 2

Емпатія

ТЕМА 2. ЕМПАТІЯ

Емпатія – взутись у взуття іншого, відчувати його серцем, подивитися його очима.

Даніель Г. Пінк

ЯК ДОДАТИ ЛЮДЯНОСТІ В МЕДИЦИНУ?

ІСТОРІЯ ПРО НАТАЛЮ, КОТРА НЕ ЗВЕРТАЄТЬСЯ ДО ЛІКАРІВ, ПОКИ НЕ «ПРИГОРАЄ»

«Знаю, що це безвідповідально й геть не по-дорослому, але я рідко звертаюся до лікарів. І незалежно до кого: до дантиста, окуліста, гінеколога чи невролога. Поки не пригорає, не йду. Я отримала спінальну травму в ДТП. Я просто хочу відчувати себе звичайною людиною, а не «дєточкой на колясочке», - це історії моєї колеги Наталі.

Майже кожного дня я працюю з конфліктами між пацієнтом та лікарем, шукаю відповіді на питання: як змінити ставлення лікаря до пацієнта і навпаки? Як навчити цих людей чути один одного? Як припинити замкнене коло недовіри та відчаю?

Ми часто не доходимо до лікарів тому, що не хочемо зустрічатися з приниженням та відсутністю базової поваги до нас, з сарказмом та маніпуляціями. Саме через пізні звернення по допомогу ми втрачаємо багато життів, адже на пізніх стадіях хвороб часто лікарі не мають чим допомогти. Тож я вірю, що доза людяності та емпатії в лікарських коридорах та кабінетах в прямому сенсі буде рятувати життя.

Я усвідомлюю, що шлях до партнерських відносин між медичними працівниками та пацієнтами – довгий і тернистий, адже він вимагатиме змін поведінки обидвох сторін. Але вірю, що ми зможемо створити простір для відносин, в якому є місце для емоційних потреб, в якому поважається різність, а люди – чують одне одного.

Наталчина історія – не лише про життя людини у візку. Вона про кожного з нас.

«Перед кожним візитом до лікаря я заздалегідь налаштовуюся. У моїй голові купа запланованих «що сказати?», «які слова підібрати?», «чи готова я сьогодні споглядати розгубленого лікаря?» Насправді я хочу бути певною, що в медичному закладі співробітники до мене будуть привітні та я отримаю допомогу. І мені не доведеться разом з допомогою тілу ще довго загоювати душевні травми від усього почутого та прожитого.

Відсутність такту та емпатії б'є болючіше за відсутність доступу в туалет. Я обов'язково почую від лікарів, медсестер і санітарок слова співчуття про мою нелегку долю інваліда, про героїзм мого чоловіка, який досі не покинув мене, «ЩО? Так і не мож ножкой шевелить?», мене називають «деточка на каталочке" і говорять «Боже, як ти живеш?» Я хочу, щоб мене позбавили необхідності вислуховувати увесь цей потік свідомості. Щоб про мене говорили «людина з інвалідністю», а не «інвалід». Щоб люди, котрі працюють в лікарні, могли відокремити хамство від емпатії, власні судження від ввічливих фраз, такт від безпардонності.

Я просто хочу відчувати себе звичайною людиною, а не «деточкой на колясочке»

Прийом у невролога. Лікар лише раз на мене подивилася. Далі весь огляд вона ховала очі, дивилася усюди, лише не на мене. Говорила з медсестрою, із моїм чоловіком, але не до мене. Я відчувала себе людиною з глибокою розумовою відсталістю. А коли до цієї ж лікарки звернулася, щоб отримати довідку для Укрзалізниці, вона умудрилася переписати на клептик паперу А6 майже весь медичний висновок про мою травму та всі супутні захворювання. На той час я сама ще не усвідомила й не прийняла усі пункти списку, не те, щоб ділитися цією інформацією з усім світом та Укрзалізницею. І лікарка ця обурилася, коли ми попросили її переписати й згадати лише те, що я не можу ходити й змушена користуватися візком. Я хочу, щоб такі дрібниці стали важливими. Щоб мені дивилися в очі. І ще хочу, щоб розмовляли зі мною, бо я – людина.

Хочу, щоб розмовляли зі мною, бо я — людина

Прийом у гінеколога. Зазвичай лікар поставить типові (але не всі!) запитання й запише відповіді. Як дізнається про сина, чомусь обов'язково зітхне з полегшенням і скаже: «Як добре, що є дитинка». Дасть зрозуміти, що тобі навіть і не варто думати про дітей, а потім із задоволенням і демонстративним полегшенням попросається, так і не оглянувши. Нема де оглядати. Адже обладнання для пацієнток із травмами спинного мозку не передбачено. Ми запрошуємо мого чоловіка. Він висаджує мене на те кляте крісло. Бо іншого нема. Я хочу, щоб було зручно й мені, і лікареві, і ми б не просили ні в кого допомоги.

Відокремити хамство від емпатії, такт від безпардонності

Через бюрократичні вимоги мені доводиться по кілька тижнів регулярно лежати в госпіталі. На цей період у госпіталь я лягаю разом із чоловіком. Тому що попри ненормативний пандус при вході та широкі двері без порогів у палати, я не всюди доберуся самотійно. Але доступність – не найбільша проблема.

Раніше я плакала, потім сердилася й грубо відповідала, зараз це все мене або веселить, або дратує. Але я точно знаю, що заслуговую на більше поваги та гідності. Я заслуговую на людяне ставлення та краплю емпатії. Тому, що я – людина».

То що треба змінити, щоб Наталія та всі ми не мали негативного, травмуючого досвіду в стінах лікарень та в конкретних випадках спілкування з лікарями, медсестрами та іншими медичними працівниками?

По-перше, згадати, що людина — більша за її діагноз. Пацієнт — більший за його тіло. Лікар — більший за свою професію.

По-друге, популяризувати та запровадити людиноцентрований підхід в медичній системі України. У різних джерелах назви цього підходу різняться – людино- та пацієнто-центрований чи -орієнтований підхід, біопсихомедична модель, підхід, орієнтований на відносини.

Але незалежно від назви зміст не змінюється — людяність, співпереживання, емпатія та співчуття — ось основні стовпи в спілкуванні між лікарем та пацієнтом.

З усіма різними відтінками, які відображають різноманіття людських характерів, настроїв та почуттів вони обов'язково мають бути присутніми у відносинах між лікарем та пацієнтом.

Йдеться про зміну поведінки не лише лікарів та всіх медпрацівників. Пацієнтам доведеться брати більше відповідальності за рішення стосовно свого здоров'я, а лікарям – поділитися нею з пацієнтами. Обидвом сторонам потрібно додати більше слухання та поваги. А головне – працювати над вміннями комунікувати.

Моя віра проростає з ґрунту реальних змін. 2021 року два медичні заклади вищої освіти в Чернівцях та Рівному запустили викладацький курс «Людяність та емпатія в охороні здоров'я» для майбутніх лікарів і медсестер. Це стало реальністю завдяки спільній роботі 15 викладачок медичних ЗВО в рамках Україно-Швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти».

Цей курс – наша інвестиція в нову реальність, в якій пацієнт і лікар – партнери. Не витрачають сили на боротьбу один з одним, а разом борються з хворобами, рятують життя та творять здоров'я.

Досить часто, коли в розмовах про медицину мова заходить про людяність, поруч опиняються аргументи про професійне вигоряння. Ці розмови часто закінчуються диявольським колом: пацієнти вимагають увагу та співчуття, від медпрацівників це вимагає багато ресурсу і він швидко закінчується, емпатія виснажує лікарів, тому вони її не практикують. Ми дослідили емпатію та її співвідношення з вигорянням, та розібралися, чи одне дійсно спричиняє інше. Чи можна впевнено стверджувати, що невролог та гінеколог у Наталчиній історії так поводитися саме через вигоряння?

Низка англomовних досліджень показують нам, що негативного причинно-наслідкового зв'язку між емпатією та вигорянням не існує або він не доведений. Дослідження, проведене серед іспанських лікарів та медсестер, показало, що високий рівень емпатії корелює з низьким рівнем вигоряння, тобто більш емпатичні працівники менше вигоряють, а не більше, як зазначається у поширеній думці. Дослідники дійшли згоди, що більш емпатичні медпрацівники

на первинці вигоряють менше і що навчання емпатії та комунікації не сприяє професійному вигорянню, а навпаки, є ефективним способом для профілактики вигоряння.

Тож ми вирішили зрозуміти, яким чином емпатія може попереджати вигоряння, а не спричиняти його. Де кордони здорової емпатії? Як ми можемо підтримати лікарів у їхньому дотриманні?

Визначень та інтерпретацій емпатії є багато, але ми погодилися, що корисним є розрізнити співчуття, емпатію та співпереживання. Бо, на нашу думку, саме емпатія дозволяє менше вигорати та водночас допомагає будувати довгострокові відносини.

Розрізнити співчуття, емпатію та співпереживання

Коли ми співчуваємо, ми емоційно пірнаємо в ситуацію, в якомусь сенсі проживаємо її разом з пацієнтом.

Коли співпереживаємо, ми не лише емоційно пірнаємо, але ще й на додачу намагаємося допомогти/врятувати/вдіяти у відповідності до своїх сильних емоцій. Йдемо за сильними відчуттями, перетворюємо їх на дію.

Коли ми емпатуємо, ми відчуваємо у надлегких дозах і розуміємо, через що проходить пацієнт, та вербально чи невербально демонструємо це розуміння, надсилаючи сигнал: «Я розумію, що ти проживаєш, я з повагою ставлюся до твоєї вразливості, я враховуватиму це в своїх діях, ти у безпеці зі мною».

Емпатія — безпечний місток для відносин між лікарем та пацієнтом

Лікарі часто запитують нас, чи емпатія дійсно необхідна, особливо тоді, коли головна справа лікаря – виконувати високотехнічні маніпуляції. Прикладом, чи потрібна емпатія хірургу? Під час підготовки посібника

ми знайшли дослідження, які ілюструють, що навіть хірургам потрібна емпатія та інші емоційні компетенції. Провали комунікації – відома причина хірургічних помилок. Емоційні компетенції можуть зменшити комунікаційні бар'єри у відносинах лікар – пацієнт. Розуміння та увага до емоційних станів лікаря та пацієнта можуть покращити якість об'єктивних та суб'єктивних обстежень. Здатність хірурга до розуміння емоційного стану пацієнта допомагає кастомізувати стратегію лікування та консультації, а це призводить до більш високих рівнів задоволення пацієнтів.

Емоції (навіть у хірургів! Годі й казати про інших лікарів та медсестер, які більше перебувають у контакті з пацієнтами) відіграють основну роль у реагуванні на стрес та вигоряння. Розвиток емоційних компетентностей допомагає знизити негативні наслідки від стресу та вигоряння, які, як відомо, є поширеними джерелами погіршення психічного здоров'я, від медичних помилок та від нібито захисної, але насправді руйнівної «деперсоналізації» пацієнтів. Високий рівень емоційного розуму дозволяє лікарю краще розуміти свої емоції (самоемпатія) та джерела стресу навколо, а це, в свою чергу, допомагає впоратися зі стресом та підхоплювати вигоряння на ранніх етапах. Розуміння емоцій (як власних, так і емоцій інших) дозволяє лікарю більш ефективно реагувати на зовнішні виклики та більш бережно ставитися до себе та інших.

Емпатійне розуміння впливатиме на вибір слів та тон комунікації, а комунікація завжди впливає на рівень довіри. Хороша комунікація будує довіру, погана – руйнує. Багато авторів погоджуються, що розуміти – це лише частина пазлу, важливо ще показувати це розуміння пацієнтові, щоб він відчував себе почутим та побаченим – це також сприяє налагодженню кращих та більш довірливих відносин, що обов'язково відображається на клінічному результаті.

З іншого боку, ми зможемо берегти сили та не впадати в крайнощі з постійного порятунку світу. Бо, як ми знаємо, якщо постійно рятувати світ, не дбаючи про себе, вигоряння швидко дасться взнаки. Тож емпатія – це досить безпечний місток для відносин між лікарем та пацієнтом, який дає опору та заземлення і береже від того, щоб бути унесеним потоками людських переживань.

Цілі:

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	поняття: емпатія, співпереживання, співчуття.	усвідомлення власних переживань, почуттів; розвиток психологічної спостережливості; формування навичок «читання» невербальних сигналів; формування навички емпатійно висловлюватись; розвиток здатності емпатувати.

Ключове повідомлення:

ЕМПАТІЯ ДОПОМАГАЄ БУДУВАТИ ДОВІРЧІ ВІДНОСИНИ МІЖ ЛІКАРЕМ І ПАЦІЄНТОМ, ЗАПОБІГАТИ ВИНИКНЕННЮ КОНФЛІКТІВ ТА СПРИЯТИ ЇХНЬОМУ ЗИРІШЕННЮ, ЗМЕНШУВАТИ СТРЕС ТА ВИГОРЯННЯ. ЇЇ ПОТРІБНО РОЗВИВАТИ ЧЕРЕЗ РОБОТУ НАД ВЛАСНИМИ ЕМОЦІЙНИМИ КОМПЕТЕНЦІЯМИ.

Що викладати?

- Різниця між емпатією, співчуттям та співпереживанням.
- Протокол NURSE
- Емоційний розум та його зв'язок з емпатією.
- Як розвивати емоційні компетенції. Інструменти для саморегуляції.
- Тест емоційних компетенцій.

Як викладати?

Ми рекомендуємо чергувати міні-лекції з прикладами та інтерактивні дискусії, використовувати кейси та відпрацьовувати протоколи емпатійної відповіді.

Висновки:

Емпатія дозволяє краще вибудовувати відносини та більш результативно працювати з пацієнтами.

Емпатія попереджає вигорання та дозволяє краще впоратися зі стресом.

Емпатію до інших важливо розвивати разом з емпатією до себе.

Розвиток емоційного розуму допомагатиме підвищити ефективність взаємодії на різних рівнях та збереже багато ресурсу.

Розвиток емоційних компетенцій вартий того, щоб розробити для нього окремий курс та інтегрувати роботу з ними в програми різних спеціальностей.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 190).

ТЕМА 3

Довіра в стосунках
з пацієнтом.
Консультація як простір
для побудови
партнерських відносин



ТЕМА 3

ДОВІРА В СТОСУНКАХ З ПАЦІЄНТОМ. КОНСУЛЬТАЦІЯ ЯК ПРОСТІР ДЛЯ ПОБУДОВИ ПАРТНЕРСЬКИХ ВІДНОСИН

*Без хорошої комунікації медична допомога в кращому
випадку неефективна, в гіршому – небезпечна.*

Ентоні Л. Сачмен
професорка Медицини Рочестерського університету, США

ІСТОРІЯ ПРО ІВАННУ ТА ЧУТЛИВОГО НЕЙРОХІРУРГА

Невропатолог рекомендував моєму чоловікові консультацію нейрохірурга. До того моменту ми не мали досвіду співпраці з нейрохірургами, тому я уточнила, чи може когось порадити з колег.

– Можете піти до нейрохірурга в нашій лікарні. Чув від колег, що він «думаючий хірург», ну, не ріже бездумно. А ще начебто хороші відгуки про доктора Романа Х., але я не знаю, де він зараз приймає.

Ми з чоловіком вирішили, що проконсультуємось в обох. Якщо рекомендації співпадуть – будемо оперуватись у того, хто більше, як то кажуть, до душі припадає. У разі, якщо думки лікарів будуть протилежні, – підемо ще до третього лікаря.

Описувати прийом у нейрохірурга, який працює в одній лікарні з невропатологом, не буду, бо моя історія про людяність, що не має нічого спільного з тим лікарем.

Наступного ранку мчимо до лікарні. Чекаємо своєї черги і заходимо.

Ми розповідаємо свою історію. Лікар Роман оглядає чоловіка, виносить свій вердикт та розказує про всі плюси й мінуси операції. Абсолютно спокійно відповідає на всі мої запитання. І відпускає нас приймати рішення – оперуватися чи ні. Стільки поваги, людяності і врівноваженості було в словах лікаря, що нам вистачило півдня, аби прийняти рішення.

Хочеться, аби лікарі усвідомлювали, що пацієнту дійсно боязко. Він та його близькі хвилюються, тому і задають п'ятдесят уточнюючих запитань. Для лікаря це щоденна рутинна, а для пацієнта – це страх і невідомість. Тому притомним і людяним лікарям вистачає терпіння, знань і поваги до пацієнта, щоб все детально роз'яснити.

Доктор Роман по дорозі в операційну вирішив мене підбадьорити:

– Я розумію, що ви хвилюєтесь, бо бачу, що у вас хороший чоловік. Але все буде добре. Як тільки він прийде до свідомості після наркозу, я вам зателефоную.

Операція та реабілітація пройшла успішно, і в день виписки ми зайшли до лікаря, аби подякувати за його людяність і професіоналізм.

Я говорила зі слізьми на очах, а лікар слухав. Теж зі слізьми на очах.

Іванна, жінка пацієнта (ім'я змінене)

Довіра – невловима річ. До неї неможливо доторкнутися. Але в той же час вона дуже конкретна: вона або є, або її немає. Їй важко підібрати визначення чи окреслити кроки на шляху до неї, але ми завжди можемо сказати, чи ми її маємо, чи ні. Так само, як Іванна разом з чоловіком чітко розуміли, до якого лікаря вони підуть, бо довіра і те, як вона розливається теплом всередині та відкриває серце, – надійний дороговказ.

Присутність довіри у відносинах дозволяє економити час та сили, вона додає багато краси та безпеки. Коли її немає, ми витрачаємо багато ресурсу на правила та процедури, на формальності та папери, намагаючись убезпечити себе. В лікувальному контексті довіра важлива для обох сторін – як для лікаря, так і для пацієнта. Без довіри допомогти майже нереально, видужати – також.

**Без довіри допомогти майже нереально,
видужати – також**

Шукаючи відповідь на питання, де в людях береться довіра до лікаря, ми зрозуміли, що різні люди мають різні бачення. Одні звертаються до лікаря з певним кредитом довіри, який лікар може використати, щоб наростити її та отримати лояльного пацієнта, або втратити цей кредит. Втратити, звичайно, простіше та швидше, ніж примножити. Така довіра зазвичай ґрунтується на рекомендаціях знайомих чи рідних, на довірі до медичної установи чи на репутації та регаліях лікаря.

Інші ж люди приходять до лікаря майже з нульовою довірою та шлейфом негативного досвіду, і тоді довіру треба накопичити та заслужити, щоб працювати разом далі. В таких випадках особливо важливий перший контакт – адже неможливо справити хороше перше враження двічі. Взаємоповага та взаєморозуміння, вміння знаходити індивідуальний підхід дуже впливає на рівень довіри у пацієнта. Зважаючи на доволі складний сучасний контекст та низький рівень довіри в системі охорони здоров'я взагалі, лікарі досить часто зустрічаються з пацієнтами з «обтяженим анамнезом», які зневірилися, яких зрадили чи надурили інші лікарі. Розбудова довіри з такими скептичними пацієнтами вимагає ще більше зусиль.

Тож яким чином можна вибудовувати довіру? На розбудову довіри впливають в основному чотири чинники:

- **Передбачуваність.** Коли поведінка лікаря(ки) стає передбачуваною та зрозумілою для пацієнта, він/вона відчуватиме більше довіри.
- **Час та кількість епізодів.** Довіра рідко виникає миттєво. Якщо лікар(ка) поводить себе зрозуміло та передбачувано для пацієнта протягом певного часу та у різних ситуаціях, з часом рівень довіри буде зростати. Нарощувати довіру – довго, втратити її можна миттєво.
- **Інформація.** Надана інформація робить реальність більш зрозумілою та передбачуваною – чим якісніше лікар(ка) налагодить інформаційний обмін з пацієнтом, чим краще адаптує інформацію до потреб кожного (кожної), тим більше йому/їй будуть довіряти. Пацієнти зазвичай підозріло ставляться до лікарів, які не діляться інформацією.
- **Комунікація.** Чи не єдиним інструментом побудови довіри у відносинах є комунікація. Адже саме завдяки їй ми вирішуємо, чи співпадають слова з діями. Саме ці співпадіння і роблять нас передбачуваними для пацієнтів. Саме тому велику увагу у цьому розділі посібника ми приділили комунікації з пацієнтом під час консультації.

Отже в цьому розділі ми розберемо побудову довіри на цеглинки ефективної комунікації під час консультації.

Цілі:

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	як будувати довіру в стосунках з пацієнтом;	досягнення взаєморозуміння та довіри;
	консультація як простір для побудови відносин.	побудова партнерських відносин;
		відкриті запитання;
		вербальна та невербальна комунікація;
		дослідження емоцій пацієнта;
		емпатія.

Ключове повідомлення:

ЄДИНИЙ СПОСІБ ВИБУДУВАТИ ДОВІРУ
У ВІДНОСИНАХ З ПАЦІЄНТОМ – БУТИ
ЗРОЗУМІЛИМ ТА ПЕРЕДБАЧУВАНИМ.
ВМІННЯ СПІЛКУВАТИСЬ – ОСНОВА
КЛІНІЧНИХ НАВИЧОК, НАЙВАЖЛИВІША
СКЛАДОВА КОМПЕТЕНТНОСТІ ЛІКАРЯ.

Що викладати:

- Традиційна vs пацієнт-центрована моделі консультування.
- Пацієнт-центрована комунікація: основні принципи.
- Структура клінічної консультації за моделлю Калгарі-Кембридж.
- Невербальна комунікація під час консультації.
- Тріада ICE (ideas, concerns, expectations) для розуміння емоційних реакцій.
- Алгоритм емпатійного спілкування N.U.R.S.E. (name, understand, respect, support, explore).

Як викладати:

Ми бачимо це як практичне(-ні) інтерактивне(-ні) заняття, що побудовано(-ні) за такими принципами:

- від деталей до цілого: карти емоцій, емпатична мова – окремі частини консультації – консультація вцілому;
- від простого до складного: пацієнт, налаштований позитивно, готовий до співпраці – робота з негативно налаштованим пацієнтом.

Відповідно, пропонуємо вам використовувати такі формати для взаємодії з аудиторією:

- перевірка початкового рівня знань (тестовий контроль) в електронному чи паперовому вигляді;
- міні-лекція;
- усне опитування/інтерактив/демонстрація відео;
- розбір реальних кейсів та/або їх обговорення в малих групах;
- сценарій з симуляційним пацієнтом з відеофіксацією та дебрифінгом;
- заключний тестовий контроль рівня теоретичних знань.

Висновки:

Відповідальність за результат – спільна (і лікаря, і пацієнта).

Пацієнт-орієнтований підхід до надання медичної допомоги заснований на взаєморозумінні і співпраці пацієнта і лікаря.

Калгарі-Кембриджська модель заснована на чіткому структуруванні лікарської консультації і даних, підтверджених дослідженнями.

У спілкуванні з пацієнтом лікарю слід спиратися на комунікаційні навички, ефективність яких підтверджена численними дослідженнями. Не варто покладатися лише на власний досвід і почуття – вони можуть призвести до безлічі помилок.

Використання Калгарі-Кембриджської моделі пацієнт-орієнтованої медичної консультації підвищує медичну результативність і прихильність до лікування, економічно ефективно і знижує число скарг і судових позовів.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 212).

ТЕМА 4

Автономія пацієнта
та професійні
кордони у відносинах

ТЕМА 4. СУБ'ЄКТНІСТЬ ТА АВТОНОМІЯ ПАЦІЄНТА. ПРОФЕСІЙНІ КОРДОНИ

Щоб жити й долати нові виклики, мені потрібно стати лідером. Лідером, яким я раніше не була. Так, мені може знадобитися допомога у повсякденних справах, якщо я погано почуватимусь, але за мене не треба вирішувати... І мені важлива підтримка в цьому лідерстві: у відчуженні себе, світу, ухваленні складних рішень та реорганізації власного життя. Яким би воно не було й коли б не закінчилося, мені важливо самій визначитися, як пройти цей шлях

Сюз Мефферт

історія з «Зовсім не страшної книги про життя, смерть та все, що поміж ними»

ІСТОРІЯ ПРО МАМУ МАРІЇ І ДИЛЕМИ ЛІКУВАННЯ

Торік моїй мамі діагностували рак. Четверта стадія, легені, метастази. Жодних надій. Жодних шансів. Відлік ішов максимум на місяці.

Прийняти таку новину виявилось дуже складно. І їй, і мені. Вже пізніше я зрозуміла, що лікарі говорили про «лікування» суто зі співчуття. Адже лікування має на меті одужання. А в нашій ситуації будь-які дії потрапляли радше під визначення «паліативна допомога».

Рак – хвороба індивідуальна. Тут немає перевірених методів, які працюють для всіх. Лікування підбирають залежно від сотні конкретних показників.

Якось, ще на ранньому етапі нашої боротьби, коли я притягла маму на далеко не першу вже важку процедуру, вона сказала: «Маш, я відчуваю просто шматком м'яса». А далі говорила про якість життя. Про те, як важливо не з'їхати з глузду навіть зі смертельним діагнозом. І що якби їй довелося вибирати між одним днем повноцінного життя і тижнем напівпритомності, то вона обрала би день.

Це не означає, що потрібно припинити боротьбу. Це, як завжди, питання відтінків і напівтонів. Питання балансу. Не примушувати хворого щось робити тільки тому, що комусь тривожно. Не змушувати його проходити через нескінченну кількість болючих процедур, ефективність яких прямує до нуля, тільки щоб заспокоїти свою совість – от, бачите, я роблю все, що можу. Запитати у нього, чого хоче він. У такій ситуації ваша думка другорядна. Ви можете вмовляти, просити, переконувати, але не ставтеся до хворого як до «шматка м'яса». Це його вибір, не ваш.

Марія Попова,
«Зовсім не страшна книга про життя,
смерть та все, що поміж ними»

«А ви що, лікар?»

Тема про суб'єктність пацієнта, його автономію та професійні кордони у роботі медпрацівника викликала неабиякі дискусії під час розробки цього курсу.

По-перше, патерналістська система медичної освіти та лікування побудована на тому, що пацієнт є об'єктом, якого лікують компетентні медпрацівники. Ми не звикли ставитися до пацієнта як до суб'єкта, який може впливати на те, що з ним відбувається. Тож навіть термінологічно нам було складно обговорювати суб'єктність людини, яку часто плутали з суб'єктом надання послуг.

По-друге, патерналістські відносини в медицині відображають багатовікові історичні патерни взаємодії між феодалом та сюзеренами, між диктатором та пригнобленими, між паном та кріпаком. Ці перекося у владі та невміння користуватися власним рангом як в суспільстві загалом, так і в медицині зокрема, призводять до зловживань владою, до відсутності системи протигага та стримувань. В результаті лікарі «задишаються» від надмірної відповідальності, а пацієнти, віддаючи себе в руки лікарів, в разі невдалих випадків в усьому звинувачують медпрацівників.

Перекоси у владі та невміння користуватися власним рангом призводять до зловживань владою

По-третє, для того, щоб спільно приймати рішення, необхідний певний рівень «дорослості» з обох сторін. І це – не про вік. Ця зрілість передбачає повагу до іншої сторони та вміння користуватися власним рангом – рангом лікаря чи рангом пацієнта. Втім, далеко не всі медпрацівники та пацієнти готові до нової якості у цих відносинах і до того, щоб перерозподілити відповідальність за рішення про хід лікування. Не всі пацієнти хочуть брати цю відповідальність на себе, і не всі лікарі – витратити час на обговорення чи подачу інформації зрозумілою мовою. Не всі пацієнти мають достатній рівень освіченості, щоб зрозуміти комплексність проблеми. Деякі пацієнти, згідно своїх культурних традицій, не звикли приймати автономні рішення.

Щоб спільно приймати рішення, необхідний певний рівень «зрілості» з обох сторін

Спільне прийняття рішень не зводиться до того, щоб змусити Машу та її маму з історії на початку цієї глави дотримуватися рекомендацій лікаря, як кожного разу воно не зводиться до того, щоб прописувати пацієнту усе, що йому/їй заманеться, чи залишити його/її наодинці з непростим рішенням. Спільне прийняття рішень можливе, коли між пацієнтом та медпрацівником є довірливі відносини, в яких вони можуть впливати на думку одне одного та співпрацювати в процесі пошуку шляху лікування, який підійде саме цьому пацієнту з урахуванням його/її цінностей чи преференцій.

Отже медпрацівнику важливо враховувати побажання пацієнта про його/її власне залучення до прийняття рішень та надихати його/її брати більшу відповідальність за своє здоров'я, а не віддавати її повністю в руки надавачів медичних послуг. Умовна Машина мама повинна мати можливість впливати на те, що відбувається з нею та її тілом, та вибирати шлях, яким йти саме їй.

А для цього спеціалістам медичних та допоміжних професій важливо вибудовувати здорові кордони в роботі з людьми та чітко розуміти, в чому полягає різниця між «торкатися чийогось життя» чи «брати чиєсь життя в свої руки».

Цілі:

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	суб'єктність та кордони;	як коректно надавати пацієнту інформацію та визначати для кожного рівень деталізації, потріб- ний для прийняття спільного рішення;
	пацієнт як суб'єкт прийняття рішення;	
	спільне рішення (Shared decision making (SDM);	
	що таке кордони; які є типи кордонів.	як на практиці забезпечити дотримання кордонів, визна- чити перетин чи порушення кордонів; як вибудовувати власні кордони; що робити у випадку порушення кордонів.

Ключове повідомлення:

СПІЛЬНЕ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ
Є КЛЮЧОВИМ КОМПОНЕНТОМ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я. ВОНО МОЖЛИВЕ ЗА УМОВИ
ДОТРИМАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОРДОНІВ
МІЖ МЕДИКОМ ТА ПАЦІЄНТОМ

Що викладати?

- Добровільність, інформована згода пацієнта та персональні дані: практичні аспекти застосування в практиці медпрацівника.
- Принципи автономії пацієнта.

- Навички спільного прийняття рішень: обмін інформацією, активне слухання, резюмування, відкриті запитання, роз'яснення переваг.
- Інформована згода як частина безпеки пацієнта (patient safety).
- Тест на перевірку впевненості у рішенні SURE (за O'Connor and Légaré: впевненість у виборі, розуміння інформації, поінформованість про ризики та переваги, підтримка).
- Інформаційні помічники для прийняття рішень про діагноз (decision aid).
- Кордони та їхні типи.
- Приватність як ключове право для автономії та захисту людської гідності; принципи дотримання приватності.

Як викладати?

Цей блок досить насичений теоретичним матеріалом – адже важливо добре розумітися на засадничих принципах пацієнтської автономії та спільного прийняття рішень. Тож ми пропонуємо його «розбавити» розбором кейсів та більше часу приділити контролю знань.

Пропонуємо, за можливості виділити час на відпрацювання навичок, звернутися до попереднього розділу, який містить детальну інформацію про структуру консультації за Калгарі-Кембріджською моделлю, та відпрацювати навички, які найбільш актуальні для другої половини консультації – етапів пояснення, планування та завершення зустрічі.

Зокрема буде доречним відпрацювати надання інформації, допомогу у засвоєнні інформації, досягнення взаєморозуміння, планування дій та підсумовування. Вже згаданий в декількох розділах трикутник ICE (дослідження ідей, очікувань та страхів) також може бути корисним інструментом для спільного прийняття рішень.

Висновки:

Спільне прийняття рішень – нова парадигма відносин між медиком та пацієнтом. Обом сторонам потрібно вчитися комунікувати та перерозподіляти відповідальність.

Приватність та добровільність є важливими принципами у відносинах, вони захищені законом.

Пацієнт – господар свого тіла, який має право відмовитися від лікування або обрати інший шлях.

Під час прийняття рішень необхідно оцінювати не лише клінічну ситуацію та ризики, але і враховувати соціально-економічні, психологічні фактори, преференції кожного пацієнта.

Добре встановлені професійні кордони запобігають емоційному вигоранню та виникненню неприємних ситуацій. Встановлення кордонів та конструктивне вирішення конфліктів у випадку порушення кордонів – це навичка, яка потребує тренування.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор.246).

ТЕМА 5

Конфіденційність

ТЕМА 5

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

Відносини між медиком та пацієнтом – основний фокус етики в медицині. Це особисті та професійні відносини, які будуються на довірі, впевненості, гідності та взаємоповазі. Довіра – це місток у відносинах медик – пацієнт. Важливо не лише очікувати повної довіри від пацієнта, але і створити міцний фундамент, який стане опорою для розбудови довіри пацієнтом.

Пітер А. Кларк

ІСТОРІЯ ПРО МОЛОДУ ЛІКАРКУ ТА ЇЇ СМІХ НАД ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ГЕЄМ

– Уявляєте, нам у відділення привезли «спідозного». Ну, так він цей, голубий, чого він хотів? – зі смішком каже моя одногрупниця, котра підпрацьовує на вихідних у реанімації однієї з київських лікарень.

Група сміється, мене пересмикує відразу. Не до пацієнта, а до цих людей, які нічого не чули про емпатію, прийняття, незасудження. Про лікарську таємницю вони теж не чули. З розповіді розумію, що інформація про пацієнта, його стан, сексуальну орієнтацію є відкритою не тільки для всієї реанімації, а й для будь-якого іншого персоналу, потенційних пацієнтів і навіть для нас, студентів четвертого курсу медичного університету.

Мені страшно навіть подумати, в якому пеклі зараз живе цей молодий чоловік: в тяжкому стані в реанімації, у свідомості чи без (мені навіть хочеться вірити, що він спить і не чує, не бачить поглядів персоналу). Інформація про ВІЛ-позитивний статус провокує відмови у наданні медичних послуг, непрохані нотації щодо способу життя. Замість

адекватного консультування про ризики пацієнт отримує засуджуючі сентенції з боку всіх, від санітарки до головного лікаря. А потім чутки потрапляють до знайомих, які починають уникати спілкування, або до роботодавців, які звільняють людину, особливо коли робота пов'язана зі спілкуванням з клієнтами чи підопічними (дітьми).

За кілька років, вже під час роботи я знайомлюсь з іншим пацієнтом, 30-річним хлопцем, який дізнався про позитивний ВІЛ-статус в реанімації, коли хвороба вдарила по головному мозку. Він теж гей, дуже талановита і цікава людина, прекрасний товариш. Я згадую того, іншого хлопця, і усвідомлення пекла, в якому досі живуть люди з ВІЛ, накриває мене. Пекло це не через недосконалість лікування, ні. Воно через невміння поважати й бачити не діагноз, а людину.

Дарина Дмитрієвська, сімейна лікарка

В українських реаліях питання конфіденційності часто недооцінені. Скільки людей потерпають через поширення інформації про свої діагнози? Скільки людських життів та сімей руйнуються через необережні та непродумані зливання інформації? Скільки лікарів вважають нормою говорити з пацієнтом про нюанси діагнозу чи лікування в коридорах лікарень в присутності інших людей?

Лікарі обговорюють детальні кейси своїх хворих у публічних групах, виносять на широкий загальний випи́ски своїх колег, відмовляють пацієнту в доступі до історії хвороби чи результатів досліджень. Усі ці випадки – не лише грубі порушення медичної етики, але і закону. Кордони між приватним та суспільним часто розмиті, тому багатьом здається, що конфіденційність це просто данина моді чи бюрократії.

Насправді конфіденційність має вельми практичне застосування. Для того, щоб мати змогу допомогти пацієнту, медпрацівнику потрібно отримати максимум інформації про його здоров'я та обставини, що призвели до збоїв в організмі. Правила конфіденційності створені для того, щоб пацієнт міг без зайвих сумнівів розказати усе як є, а лікар – зробити з цього висновки для повноти клінічної картини та визначення подальшого плану. Конфіденційність – запобіжник довіри у цьому процесі, а також фактор, який напряму впливає на повноту інформації.

Конфіденційність і приватність тісно пов'язані між собою. І якщо конфіденційність – це законодавчо врегульована вимога, то приватність має більше шарів. Зокрема, приватність стосується усіх дій, які ми вчиняємо з тілом: питати людину про дозвіл доторкнутися, накривати оголене тіло, потурбуватися про шторку та можливість переодягатися без сторонніх очей. З повагою ставитися до мертвого тіла. Усе це про повагу до людини, її тіла та інформації про те, що з ним відбувається. Якби медицина стала релігією, то повага до тіла й святість медичної таємниці могли б стати її вівтарем.

**Якби медицина стала релігією, то повага
до тіла й святість медичної
таємниці могли б стати її вівтарем.**

В цьому розділі ми дослідили, що конфіденційність означає на практиці те, якими нормативними актами вона врегульована, та підібрали низку корисних посилань, користування якими допоможе нашим слухачам більш коректно поводитись та убезпечити їх від скарг у відносинах з їхніми пацієнтами. Нам важливо подбати про повагу до персональної інформації, щоб ніхто з пацієнтів Дарини не мусив проходити кола пекла на шляху до власного здоров'я.

Цілі:

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	яку інформацію та в яких обсягах потрібно надавати пацієнту; що важливо знати про конфіденційність: чому це важливий принцип та які є основні юридичні моменти.	як коректно надавати інформацію та визначати, який рівень деталізації потрібен для кожного пацієнта; як на практиці забезпечити конфіденційність, право людини на автономію; як обговорювати з пацієнтом рішення щодо ходу лікування та допомагати приймати рішення.

Ключове повідомлення:

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ – БАЗОВА ЦЕГЛИНА У РОЗБУДОВІ ДОВІРИ МІЖ МЕДИЧНИМ ПРАЦІВНИКОМ ТА ПАЦІЄНТОМ. ВОНА НЕОБХІДНА ЯК З ЕТИЧНИХ, ТАК І З ЮРИДИЧНИХ МІРКУВАНЬ

Що викладати?

- Поняття «інформація» та «конфіденційна інформація».
- Автономність, її принципи, поняття «інформована згода».
- Приватність та принципи її досягнення. Правила збереження приватності в медичних закладах.
- Конфіденційність, принципи її дотримання.
- Відповідальність за розголошення лікарської таємниці.
- Умови, за яких можна порушити принципи конфіденційності.
- Надання доступу до інформації пацієнтові: обов'язки медичних працівників, ризику. Особливість доступу інформації про дітей.

Як викладати?

Питання щодо рефлексії та спільного обговорення в малих та великій групах.

Тести вхідного рівня.

Кейси до обговорення.

Практичні вправи з відпрацюванням навичок надання інформації, запрошення питань від пацієнта та відповіді на них.

Висновки:

Пацієнт має отримати повну і всебічну інформацію щодо стану власного здоров'я у доступній формі, щоб бути залученим до прийняття рішення.

Згода на поширення інформації про стан здоров'я – прерогатива пацієнта.

До конфіденційної інформації, що підлягає захисту, належать персональні дані, стан здоров'я та емоційний стан, фінансова інформація.

Пацієнт повинен мати безперешкодний доступ до медичних записів про себе.

Пацієнт може відмовитися від присутності студентів або інтернів під час лікування.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 259).

ТЕМА 6

Кризові емоційні стани та погані новини

ТЕМА 6.

КРИЗОВІ ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ТА ПОГАНІ НОВИНИ

«Медперсонал уникає повідомлення поганих новин про діагноз чи смерть, сподіваючись, що хтось інший зробить це за них. Але того іншого все нема й нема. Бо розмовляти з пацієнтами та їхніми родичами про невиліковні хвороби чи смерть – важлива, проте дуже складна частина лікарської практики. І вона здається устократ важчою через відсутність відповідних навичок та підготовки, а інколи й власного емоційного ресурсу».

Анастасія Леухіна

«Зовсім не страшна книга про життя, смерть та все,
що поміж ними»

В «Зовсім не страшній книзі» є історія про лікарку Тетяну, котра свій власний онкодіагноз отримала в коридорі приватної клініки запечатаним в конверті. Ніхто навіть не вийшов до неї озвучити його та бути поруч, щоб підтримати. Відсутність відкритої комунікації та нестача інформації є ключовими точками болю у відносинах пацієнтів та медпрацівників.

ІСТОРІЯ ПРО ТЕТЯНУ ТА НОВИНУ В КОНВЕРТІ

Вона – лікарка. Одна з найкращих гінекологів-ендокринологів у Києві. До неї неможливо потрапити на прийом без попереднього запису. Але й тоді чекати доведеться з місяць. Вона щоденно оглядає жінок на наявність ущільнень у грудях і як може переконає їх регулярно перевірятися в гінеколога та мамолога. Вона сама виявила в себе ущільнення і пішла робити мамографію. Звернулася до приватної клініки, щоб не зустрічатися ані з колегами-лікарями, ані зі своїми пацієнтами.

«Я чекала на результат мамографії в коридорі о десятій ранку. До мене вийшла асистентка лікаря і мовчки передала конверт із діагнозом «рак» усередині. Незважаючи на те, що я вже й так знала, що зі мною,

що я грамотна й поінформована, я ридала, коли відкрила конверт і прочитала діагноз. Кілька хвилин тому лікар побачив пухлину, написав (чи написала) слова «рак грудей» у висновку, але чому не спромігся сказати мені про це особисто? Адже тоді навіть кілька слів підтримки стали б для мене опорою. А мовчки передати конверт і залишити пацієнта наодинці з таким страшним діагнозом – це жорстоко.

Об 11:00 у мене починався прийом в іншому кінці міста. Я опанувала себе й поїхала працювати. Але ж на моєму місці могла опинитися інша людина, і вона могла б не витримати такого нервового напруження.

Чому все так черство й не по-людськи? Лікарі не хочуть повідомляти погані новини, вони сподіваються, що це за них зробить хтось інший.

Попри те, що я багато разів повідомляла людям про підозру на онкологічні захворювання, впоратися з поганими новинами мені самій виявилось складно. Було шкода себе й дітей».

Тетяна Попова

«Зовсім не страшна книга про життя, смерть та все, що поміж ними»

¹ Дослідження, проведене БФП «Крапля крові» та ГО «Афіна. Жінки проти раку» за підтримки Міжнародного фонду «Відродження». Представлені результати онлайн анкетування, що проведене 2021 р.

Згідно з останніми дослідженнями онкопацієнтів, лише у 58% випадках пацієнти дізнавалися про свій діагноз від лікаря. Кожному третьому лікар не повідомив діагноз.¹

«Нас цього ніколи не вчили», – кажуть медпрацівники. Повідомлення поганих новин та обговорення діагнозу – неабиякий виклик для будь-кого. Адже потрібно не лише підібрати правильні слова, щоб не ранили людину. Не лише впоратися з власним хвилюванням за життя пацієнта та безпорадністю у його лікуванні. Потрібно бути поруч, витримати сльози чи заморожений стан, відповісти на питання та декілька разів повторити, бо здатність людини аналізувати та запам'ятовувати інформацію в кризовому емоційному стані різко слабшає. Потрібно багато терпіння та емпатії.

Серед медпрацівників дуже поширене уявлення про те, що постійне носіння емоційного бронежилета убезпечує людину від вигорання. Тривале носіння металевого бронежилету може пошкодити хребет та викликати хронічні проблеми зі спиною, тому кожен вид бронежилету розрахований

на 1-2 години носіння на добу. Так і з емоційним бронезишлетом: постійне його носіння, закритість та утримання великої дистанції до власних почуттів і почуттів людей поруч – втомлюють та заважають будувати відносини, унеможливають отримувати зворотній зв'язок та вдячність. Воно виснажує не менше, ніж контакт з людьми, тому важливо обирати, в яких випадках емоційний захист дійсно необхідний. На довгих дистанціях він шкодить психічному здоров'ю, а не береже його.

Постійне носіння емоційного бронезишлету виснажує

Наше опитування показало, що студенти медуніверситетів особливо побоюються таких розмов та повідомлень про смерть. Частота таких переживань поруч з пацієнтами залежить від спеціалізації лікаря. Втім майже кожен з нас опинявся чи опиниться в ситуації, коли необхідно обговорювати з пацієнтом погані новини. Тож нам нічого не залишається, ніж вчитися методикам повідомлення поганих новин, відпрацьовувати навички емпатійного слухання, позбавлятися шаблонних фраз на кшталт «тримайтеся» чи «все буде добре» та відкрити своє серце хоча б на щілинку.

Ми зібрали рекомендації найкращих психологів та лікарів щодо роботи з поганими новинами та реагування на високу емоційну температуру. Сподіваємося, ця інформація допоможе вам та вашим слухачам впоратися з хвилюванням і страхом та бути поруч з пацієнтами у непростих ситуаціях. Інколи пацієнти забувають те, що чують, але відкритий погляд чи турботливі рухи у ці незвичні моменти будуть прокручувати в голові ще довго, дякуючи вашій людяності.

Цілі:

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентричний підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	що таке кризові емоційні стани та як вони впливають на взаємодію; стадії горювання.	як комунікувати в станах високої емоційної напруги та стресу; повідомлення поганих новин.

Ключове повідомлення:

МЕДИКАМ ВАЖЛИВО ВЧИТИСЯ
ТА ВІДПРАЦЬОВУВАТИ НАВИЧКИ
ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН
З РОЗУМІННЯМ, СПІВЧУТТЯМ
ТА З ОBOB'ЯЗКОВОЮ
ПІДТРИМКОЮ, ЩОБ ЛЮДИНА
НЕ ЗАЛИШАЛАСЬ САМ-НА-САМ
З ВАЖКОЮ СИТУАЦІЄЮ.

Що викладати?

- Кризові емоційні стани, ознаки переживання горя (за Ліндеманом), стадії горя (за Кюблер-Рос) та періоди горювання (за Зінтл та Волканом).
- Психологічна підтримка на різних стадіях горювання.
- Категорії пацієнтів у кризових емоційних станах та стратегії роботи з ними.
- Повідомлення поганих новин та протокол **SPIKES** (setting, perception, invitation, knowledge, emotion-and-empathy, strategy, summary): підготовка, інформованість, дозвіл, знання, емоції/емпатія, стратегія, підсумовування).

Як викладати?

Асинхронне навчання (матеріали підготовки до заняття).

Обговорення таких запропонованих тем в малих групах:

- які теми розмов є важкими для лікаря;
- кому повідомлятимете погані новини (пацієнт, родичі, знайомі);
- чому лікарі не хочуть повідомляти погані новини;

- згадайте випадки з вашого життя або практики, коли вам або комусь іншому некоректно повідомляли погані новини.

Які є плюси і мінуси перебування родичів у відділенні інтенсивної терапії

Рольова гра (прогривання розмови з пацієнтом із такими захворюваннями як РА, БА, ЦД в трійках) з обговоренням в групах.

Акваріумна дискусія із загальним обговоренням.

Робота з кейсами (метод клінічних задач).

Перегляд відео з некоректним і коректним повідомленням поганих новин з наступним обговоренням в малих групах.

Використання презентації на Google диску в режимі редагування, дошок padlet, miro.

Висновки:

Погані новини про стан здоров'я викликають великий стрес, пов'язаний зі страхами та невизначеністю майбутнього.

Різні люди проходять стадії горювання неоднаково, змінений емоційний стан є природним, це потрібно враховувати для побудови комунікації з пацієнтом та його сім'єю. На різних стадіях горювання можуть працювати різні стратегії підтримки.

Медпрацівникам важливо навчитися працювати з людьми в кризових станах та повідомляти їм актуальну та правдиву інформацію щодо їхнього стану здоров'я.

Стратегії реагування на різні кризові стани можуть бути різними.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 287).

ТЕМА 7

Конфлікти та складні розмови

ТЕМА 7

КОНФЛІКТИ ТА СКЛАДНІ РОЗМОВИ

*Якщо ви уникаєте конфлікту заради збереження миру,
ви починаєте війну всередині себе.*

Шеріл Річардсон

ІСТОРІЯ ПРО ВОЙОВНИЧУ БАБУСЮ ТА ЛАЙЛИВОГО АНЕСТЕЗІОЛОГА

Поступила 9-місячна дитина. Окріп. Вилив на себе. Площа опіків – 70%. У таких ситуаціях налагодити венозний доступ і почати вводити розчини в великих обсягах – питання виживання.

Швидко підняли дитину в реанімацію. Маму прошу залишитися за дверима. Закінчимо з маніпуляціями, тоді пущу. Наркотики, транквілізатори, щоб полегшити біль і трохи заспокоїти маленького пацієнта.

Намагаюся катетеризувати підключичну вену. Один неправильний рух – і можна пробити легені. І в цей момент в палату вривається бабуся малюка, жінка років п'ятдесяти, ще з якоюсь родичкою, і несамовито починає його смикати, зриває пов'язки, нарікаючи на те, що ми, дурні, витерли з опіків яєчний білок.

Дитина, коли потрапила до нас, була вся вимазана яйцем. Білок на опік – найкращий засіб, якщо хочеш, щоб все закінчилося сепсисом і смертю.

Я акуратно дістав голку, а далі вибухнув триповерховим добірним матом. За всі п'ять років своєї роботи я ніколи так не кричав. У прямому сенсі силою виштовхнув бабуся та її подругу, після чого зачинив двері.

– Ми поліцію викличемо! – репетувала бабуся.

Мене трясло від злості. Катетер поставив, маму пустили, вона виявилася досить адекватною людиною. Я шкодую, що дозволив собі кричати і матюкатися. Але і сама ситуація могла б не відбутися, якби в лікарні була охорона, а на дверях в реанімації був надійний замок.

Чим більше родичі тиснуть і навішують ярлики, тим більше медпрацівники прагнуть сховатися за високим муром. І чим вище ця стіна, тим більша недовіра. Замкнуте коло: недовіра породжує закритість, закритість – недовіру.

Як розірвати цей порочний ланцюг?

Медичним працівникам необхідно вчитися комунікувати і всіляко сприяти присутності і підтримці родичів, коли це можливо. А родичам – вчитися довіряти.

Іван Черненко, анестезіолог

Цьому розділу ми спочатку дали назву «Складні пацієнти». Але під час підготовки зрозуміли, що у конфліктних ситуаціях не буває складних пацієнтів чи простих лікарів, не буває білого та чорного – щоразу є багато різних відтінків, які потрібно вміти розрізняти. Кожен з нас за певних обставин може стати складним для інших, цьому завжди є передумови і причини. І розуміння коренів того, що ми бачимо як «складність» у інших, і є запорукою позитивного розв'язання конфліктів.

Не буває складних пацієнтів – кожен з нас у певних обставинах може стати складним для інших

Глобальний звіт людського капіталу (2008) зазначає, що 85% працівників мають досвід конфліктів на роботі. В більшості випадків (67%) конфлікт спричинений стресом та важкими робочими навантаженнями. 60% працівників ніколи не навчалися управляти чи розв'язувати конфлікти, але 95% з тих, хто проходив навчання, свідчать, що навчання допомогло краще розбиратися з конфліктними ситуаціями та знаходити спільні рішення.

За нашими спостереженнями, рівень конфліктності в українських лікарнях вищий, ніж в середньому в світі. Важкі умови праці, рівні стресу, що зашкалюють, відсутність достатнього фінансування та напруження у відносинах з пацієнтами, викликане непрозорістю та невирішеністю фінансових питань, втома та недовіра, яка підігрівається медіа, постійні трансформації системи та практик – усі ці чинники роблять медпрацівників вразливими до конфліктів. Багато досліджень показують, що найчастіше учасниками конфліктів стають медсестри.

Конфлікти – структурний елемент будь-якої системи та відносин всередині неї. Вони можуть проростати з приводу комунікаційних, структурних чи особистих питань та втілюватись у різних ситуаціях і способах поведінки. Більшість шкіл резолюції конфлікту розглядають його як можливість покращити статус-кво та врегулювати відносини. Основне – як з ним працювати, щоб він був на користь, а не завдав шкоди.

Основну стратегію роботи з конфліктом потрібно не стільки будувати на уникненні конфлікту, скільки спрямовувати її на підготовку медичних працівників до ефективного попередження та розв'язання конфліктів. Щоб такі лікарі, як Іван, краще розуміли войовничих бабусь з наведеної історії, могли впоратися з власними та бабусиними переживаннями та допомогти собі й бабусі врегулювати конфліктну ситуацію.

Основну стратегію роботи з конфліктом потрібно не стільки будувати на уникненні, скільки спрямовувати на підготовку до ефективного розв'язання

Які елементи навчання роботі з конфліктами можуть бути особливо актуальними для медпрацівників?

Уважність та знання себе. Як ви реагуєте на конфліктні ситуації? Які ваші звички у роботі з конфліктом? Що вас емоційно тригерить та наскільки добре ви можете давати раду власним емоціям?

Розуміння та відкритість до пізнання іншої сторони, визнання природної відмінності у баченнях та трактуванні подій чи намірів. Чи можете

ви подивитися на ситуацію очима іншої сторони, проаналізувати її логіку та бачення проблеми? Наскільки добре ви вмієте працювати з високим градусом напруження та допомагати іншим знижувати емоційний жар?

Комунікація, вміння говорити та чути. Жоден конфлікт на планеті неможливо розв'язати без якісної комунікації. Те, наскільки ми вміємо проявляти своє напруження, формулювати проблему, чути та бачити вербальну та невербальну інформацію, що надходить з іншої сторони, впливає на нашу здатність працювати з конфліктом та перетворювати його з загрози на можливість.

Внутрішній ресурс. Робота з конфліктом вимагає багато сил. Рівень внутрішньої енергії та емоційний стан сильно впливають на те, як добре ми зможемо впоратися з конфліктною ситуацією. Тож турбота про себе та робота з власним вигоранням – важливі соратники у розв'язанні конфліктів.

Цілі:

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	що таке конфлікт, причини виникнення, основні стратегії попередження та поведінки в конфліктних ситуаціях;	демонстрація ефективного емпатійного спілкування, уникнення конфліктних типів спілкування та поведінки;
	ситуації, в яких пацієнт може стати «складним». Пошук ефективного підходу до пацієнтів в кризових емоційних станах.	оцінка емоційного стану пацієнтів;
		спілкування з пацієнтами в складних емоційних станах;
		розв'язання конфлікту шляхом розв'язання проблеми; виявлення емпатії.

Ключові повідомлення:

ОСНОВНУ СТРАТЕГІЮ РОБОТИ З КОНФЛІКТОМ ПОТРІБНО БУДУВАТИ НЕ НА ЙОГО УНИКНЕННЯ, А НА ПІДГОТОВКУ ДО ЕФЕКТИВНОГО ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТА РОЗВ'ЯЗАННЯ.

ПРАЦЮВАТИ З КОНФЛІКТОМ МОЖНА НАВЧИТИСЯ ЧЕРЕЗ ПІЗНАННЯ СЕБЕ, ВМІННЯ ЧУТИ ТА ВИЗНАВАТИ ТОЧКУ ЗОРУ ІНШОЇ СТОРОНИ, ЯКІСНІ КОМУНІКАЦІЇ ТА ТУРБОТУ ПРО СВІЙ РЕСУРС.

Що викладати?

- Конфлікт, його цикл та можливі причини.
- Стратегії поведінки в конфліктній ситуації (за Томасом та Кіллманом).
- Цілі, інтереси та позиції в переговорах.
- Структура складних розмов (факти, емоції, загроза его).
- Протокол EVE (емоція, валідація, емпатійна відповідь).
- Ненасильницька комунікація.
- Вербальні та невербальні сигнали у конфліктній ситуації.

Як викладати?

Інтерактивні дискусії.

Робота з кейсами в форматі «акваріуму» або в малих групах.

Відпрацювання окремих навичок в роботі над кейсами.

Аналіз/запис демонстраційних відео з різними конфліктними ситуаціями.

Висновки:

Конфлікт – невід'ємний елемент роботи медпрацівника. Роботі з конфліктом можна навчитися. І цей практикум – на все життя.

Існують різні стратегії поведінки в конфліктній ситуації, їх важливо обирати у відповідності до контексту/проблеми.

Підготовка до складних розмов та аналіз конфліктних ситуацій з різних боків допомагають підвищити свою ефективність.

Дбати про себе важливо для того, щоб дбати про розв'язання конфлікту.

Комунікації та підготовка – основні інструменти розв'язання конфлікту.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 303).

ТЕМА 8

Толерантність
та різноманіття:
як і чому працювати
з різними людьми

ТЕМА 8. ТОЛЕРАНТНІСТЬ ТА РІЗНОМАНІТТЯ: ЯК І ЧОМУ ПРАЦЮВАТИ З РІЗНИМИ ЛЮДЬМИ

*Люди ненавидять одне одного, тому що вони бояться
одне одного; бояться, бо нічого один про одного
не знають; не знають, бо не спілкуються.*

Мартін Лютер Кінг

ІСТОРІЯ ПРО АНДРІЯ ТА СІМЕЙНУ ЛІКАРКУ, ЯКА ЗМІНИЛА ЙОГО ЖИТТЯ

Андрій* – трансгендерний хлопець, вже кілька років приймає гормональну терапію і абсолютно не вирізняється з-поміж звичайних українців. Він працює на заводі, трохи займається підприємництвом; він дуже працьовитий і підтримуючий, це відчуваю навіть я. А ще він вже десять років кохає дівчину, у них неймовірні стосунки, справжня сім'я, яку протягом всього цього часу не визнавала держава, бо у Андрія були жіночі документи.

* імена змінено

Андрій попросив про зустріч через кілька місяців після того, як я видала йому Медичне свідоцтво про зміну статевої належності.

– Це моя мама зв'язала для вас і для лікарки-психіатра. Вона дивилась ваші фото в мережі, щоб підібрати кольори, – сказав, простягаючи мені згорнутий, неймовірно ніжний і повітряний палантин. – Вона вдячна за те, що ви зробили для мене.

– А я нічого не зробила. Я просто виконувала свою роботу, бо я – сімейна лікарка.

– Дарино Ігорівно, ви мені життя змінили. Я втретє зробив Маші* пропозицію, і нещодавно ми одружилися. Я хочу прожити з нею все життя, – каже він зі сльозами на обличчі, і показує мені фотографії з весілля.

Я погано їх бачу – також через сльози.

– А ще я з мамою помирився, і прояви тривалої депресії зменшились, – додає Андрій.

Андрій звертався до інших лікарів у своєму місті. Вони відмовлялися йому допомогти через незнання, упередження, небажання визнавати його існування. Я відрізняюся від них лише тим, що я бачу людину, а не її статеві органи.

Мені боляче чути, що Андрій змушений їхати через пів-країни, щоб отримати базову медичну допомогу. Мені це коштувало кількох підписів на попередньо заповненому бланку. Дуже просто і логічно. Чи робити це? – не виникало сумнівів. Я виросла в оточенні людей, котрі визнають верховенство права та людську гідність. Розуміння, що всі люди різні, і при тому рівні, формувалося легко – варто було лиш усвідомити, що це стосується абсолютно всіх. І мене також. Я б хотіла, щоб світ мене приймав такою, як я є, справжньою. Отже, я так приймаю своїх пацієнтів.

Ми здатні змінювати життя людей за допомогою свого серця і кількох розчерків кулькової ручки. Маємо відповідні накази та інструкції, доступ до світових наукових досліджень та поняття про відкритість і готовність допомогти кожному. Ми не маємо права цього НЕ робити.

Дарина Дмитрієвська, сімейна лікарка

Українське суспільство на перший погляд виглядає доволі однорідним у порівнянні з іншими. Люди мають однаковий колір шкіри, великими групами належать до певної віри, переважно говорять однією або двома мовами та виросли у більш-менш схожих культурних контекстах. На поверхні всі виглядають схожими, а «норма» – зрозумілою. Після десятиліть радянської політики інституціоналізації, коли людей з будь-якими відхиленнями від «норми» робили невидимими та ізолювали від суспільства в окремих закладах за високими парканами, ми звикли не зустрічатися з різністю та не помічати її в повсякденному житті. Тож зустріч з транслюдиною як, наприклад, Андрій може викликати у багатьох людей неабиякий шок – передусім через відсутність знання про гендерні ідентичності та браку попереднього досвіду спілкування з представниками ЛГБТ-спільноти.

Приховування своєї інакшості було стратегією виживання у радянській тоталітарній державі. На жаль, ця стратегія залишилася дієвою і зараз. Негативний досвід взаємодії з медперсоналом, викликаний не таким вже рідкісним у медичному середовищі упередженим ставленням, так підриває довіру, що люди вирішують не звертатися по допомогу, щоб не «нарватися» на хамство та нові травми. «Інакшим» за різними ознаками пацієнтам лікарі відмовляють надавати медичну допомогу. Люди без перебільшення помирають без потрібної їм допомоги. На папері їх вбиває онкологія чи інсульт. Але в реальності їх вбиває байдужість, неприйняття та нерозуміння.

Людей вбиває байдужість, неприйняття та нерозуміння

Демократизація, глобалізація, мобільність, поширення нових технологій та стрімкі зміни в комунікаціях дедалі змінюють розуміння норми. На місці однорідності приходить різноманіття як норма. Перед суспільством загалом та перед системою охорони здоров'я, зокрема, постають нові виклики. Як адаптуватися до різності? Як забезпечити людей з різними обмеженнями рівним доступом до медичної допомоги? Як зменшити нерівність та забезпечити універсальне покриття наданням медичних послуг? Як врахувати специфіку різних соціокультурних груп у плануванні медичних послуг?

Це вимагає неабияких зусиль з дослідження не дуже знайомого нам світу, людей та культур «на іншому боці», вивчення різних мов (в тому числі ненасильницької комунікації) та ведення діалогу. Але перш за все ця відкритість вимагає від нас навчання та переосмислення себе, своїх цінностей та людей навколо. Андрій не винен в тому, що він інакший, йому потрібно таке саме прийняття та повага, як і усім іншим людям навколо нас.

На місці однорідності приходить різноманіття як норма

Під час обговорення тем про різність та толерантність ми лівову частку часу присвятили дослідженню власних упереджень. Адже як ми можемо навчати толерантності та недискримінації інших, якщо самі маємо схожі

діри? Упередження та стигматизація, які рано чи пізно можуть перерости у дегуманізацію, виникають на тлі відсутності контактів та власного досвіду спілкування з тими чи іншими групами, на тлі мови ненависті, ксенофобії, расизму та інших -измів (сексизм, ейджизм тощо), які активно пропагуються в публічному просторі. Тому наше основне завдання під час підготовки курсу – дізнатися про власні упередження та працювати з ними.

У цьому розділі ми привідкрили шпарину у світ ціннісних установок та комунікаційних навичок, які допоможуть вам краще орієнтуватися в питаннях управління різноманіттям та підвищувати рівень толерантності до людей та їхніх поглядів. Зважаючи на високий градус різності в студентських групах та медичних спільнотах, вам особливо знадобляться навички фасилітації та роботи з напруженням в групі.

Цілі:

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	толерантність та різноманіття.	як і чому працювати з різними людьми та поважати їх як людей.

Ключове повідомлення:

ОСНОВНИЙ ПРИНЦИП В РОБОТІ З РІЗНИМИ ЛЮДЬМИ – СТАВИТИСЬ ДО ЛЮДЕЙ ЯК ДО ОСОБИСТОСТЕЙ, НАВІТЬ ЯКЩО МИ МОЖЕМО НЕ ВСЕ РОЗУМІТИ АБО НЕ ПОДІЛЯЄМО ЇХНЄ БАЧЕННЯ СЕБЕ, ЛІКУВАННЯ ЧИ СВІТУ. БАЧИТИ В НИХ ЛЮДЕЙ, А НЕ ЛИШЕ СВОЇ УПЕРЕДЖЕННЯ.

Що викладати:

- Упередження та дискримінація.
- Форми дискримінації в медичній практиці.
- Терпимість та толерантність.
- Чутливі питання в медичній практиці: мова, невербальні сигнали, культурні установки, релігійні погляди, сексуальність.
- Особливості застосування Калгарі-Кембріджської моделі та розвиток навичок, спрямованих на дослідження та повагу до культурних особливостей та цінностей – слухання, збір інформації, структурування консультації та надання інформації пацієнту.
- Протокол BALANCE.
- Робота в з сім'ями та дітьми.
- Особливості роботи з представниками різних груп, що часто маргіналізовані в суспільстві через сексуальність, гендерну ідентичність, похилий вік, інвалідність або психічні відхилення.

Як викладати:

Рефлексія на різність власних упереджень в групі та рівня їхнього усвідомлення.

Рольова гра або кейс: обговорення у великій та/або малих групах.

Перегляд та аналіз відео з різними прикладами.

Жива бібліотека з представниками різних груп та створення можливостей для практики в організаціях та установах для прямого контакту та дослідження людей з різних соціокультурних груп.

Висновки:

Пацієнти заслуговують на повагу просто тому, що вони люди. Їм не потрібно відповідати чийсь уявленням про норму, щоб заслуговувати на гідне ставлення.

Пацієнти мають право бути інакшими, мають право вірити у щось інше, ніж звично для нас, мають право відмовлятися від чогось або, навпаки, просити враховувати їхні особливості.

Медпрацівнику важливо бути свідомим щодо власних упереджень та працювати з ними. Досвід та прямий контакт з людьми, що не вписуються у вузькі рамки однорідної «норми» – найкращий спосіб роботи з упередженнями.

Найбільш маргіналізовані люди в суспільстві зазвичай є мішенню для дискримінації та упередженого ставлення. Вони бувають чутливі до вербальних та невербальних проявів ставлення до них.

Медпрацівникам важливо надавати медичну допомогу без засудження пацієнтів та не порушувати кордони професійного спілкування. Інструменти ККМ дозволяють розвинути комунікаційні навички, щоб робити це краще.

Робочі матеріали з більш детальними ідеями, прикладами можливих тестових завдань та списком рекомендованої літератури можна знайти в другій частині посібника та за qr-кодами у відповідній темі другої частини посібника (стор. 340).

ЧАСТИНА 2

ЗІБРАНІ ТА РОЗРОБЛЕНІ
МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ
ДО ЗАНЯТЬ З ТЕМ КУРСУ

Перед вами частина робочих матеріалів, які ми підготували під час роботи над курсом та посібником. Ми дуже намагалися привести їх до однакової структури, проте це не всюди вдалося: матеріали були підготовлені для дуже різних занять та різними експертками – тож ми погодилися, що трохи різності нам не завадить.

Зверніть увагу! В кінці кожного блоку ви знайдете посилання та кьюар-коди на повну версію матеріалів (так, ви правильно зрозуміли – не весь обсяг вліз у друковану книгу) – тож велика кількість сценаріїв, тестових питань, посилань на рекомендовані відео та літературу знаходиться у повній версії матеріалів в електронному вигляді. Ми також зберегли в електронній версії оригінальний стиль викладу матеріалів, синтаксис та орфографію.

Сподіваємося, ідеї та методики, викладені нижче, стануть вам в нагоді та додадуть натхнення творити зміни там, де ви є.

ТЕМА 1

Людиноцентризований підхід

ТЕМА 1

ЛЮДИНОЦЕНТРОВАНИЙ ПІДХІД

Детально продумана Юлією Тихолаз та Єлізаветою Шунько



Юлія Тихолаз, викладачка циклової комісії природничо-наукових дисциплін, Вінницький медичний фаховий коледж імені академіка Данила Заболотного



Єлізавета Шунько, завідувачка кафедрою неонатології, Національний університет охорони здоров'я України імені Платона Шупика

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

- знати засади людино-центрованого підходу та його переваги у застосуванні в лікарській/медсестринській комунікації.

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	засади пацієнт-центризованого підходу, переваги пацієнт-центризованого підходу, принципи лікарської комунікації в пацієнт-центризованому підході.	

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина, вступ до навчальної дисципліни – **15 хв.**

Міні-лекція (короткий розбір теоретичного матеріалу) – **20 хв.**

Проміжні рефлексії студентів – **10 хв.**

Робота з кейсами у малих групах – **15 хв.**

Обговорення кейсів (дебріфінг) – **15 хв.**

Підсумкова рефлексія. Заключний тестовий контроль рівня теоретичних знань (електронні або паперові форми) – **15 хв.**

Усього – **90 хв.**

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Засади пацієнт-центрованого підходу

Однією з найважливіших характеристик охорони здоров'я у XXI столітті є перехід пацієнта з позиції «жертви обставин» до позиції активного учасника лікувального процесу. Партнерські відносини з населенням, надання особливої важливості розширенню прав і можливостей громадян і пацієнтів визначені як найважливіше стратегічне завдання європейської системи охорони здоров'я. Це диктує необхідність переорієнтації охорони здоров'я на пацієнт-центровану допомогу.

Що таке пацієнт-центрований підхід та з чого він складається?

Пацієнт-центрований підхід – це спосіб надання медичної допомоги, який відповідає індивідуальним потребам та цінностям пацієнтів, а також враховує їхні побажання та переваги при прийнятті рішень щодо власного здоров'я та лікування.

У чому ж полягає специфіка пацієнт-центрованого підходу?

На рівні первинної ланки охорони здоров'я основною відмінністю стратегії допомоги, орієнтованої на пацієнта, від традиційної моделі надання допомоги є те, що акцент робиться на здоров'ї людини в цілому. Пацієнт розглядається не лише в рамках свого конкретного захворювання, з яким він звернувся до лікаря, але і в контексті повсякденного життя, в рамках спілкування з сім'єю і суспільством протягом усього життя. Максимальне поліпшення якості життя є важливою метою лікування.

Еволюція пацієнт-центрованого підходу

Поняття «пацієнт-центрований» підхід (patient-centered) виникло кілька десятиліть тому на противагу «патерналістському» традиційному підходу, який пропагував постулат «лікар знає краще».

Біомедична модель взаємодії лікар – пацієнт існувала багато століть та мала справу переважно з симптомами хвороби пацієнта. Наприкінці 1970-х Джордж Енгель, американський терапевт та психіатр, запропонував біопсихосоціальну модель, що враховувала як біологічні аспекти хвороби, так і психологічні та соціальні фактори, які впливають на перебіг захворювання та одужання.

Біопсихосоціальна модель базується на холістичному підході до людини (гр. holos – цілий), що означає «цілісність», проте біомедична модель фокусувалась переважно на хворобі. Холістичний погляд на здоров'я припускає, що існують різні причини виникнення захворювання. Отже, важливо врахувати різні чинники та умови, в яких опинилась людина, та те, яким чином вони вплинули на її стан. Біомедична модель обмежувала пояснення хвороби переважно біологічними чинниками.

Відповідно до біопсихосоціальної моделі, поведінка людини має значний вплив на здоров'я, може спричинити ризик захворювання, або допомогти при одужанні. А патерналістська модель запевняла, що люди не відповідають за свої хвороби. Відсутність захворювання була ознакою фізичного благополуччя.

Біомедична модель	Біопсихосоціальна модель
фокус на хворобі;	холістичний підхід;
розглядається причина хвороби скоріше, ніж інші фактори, що впливають на здоров'я пацієнта;	припускається, що здоров'я та хвороба пов'язані з багатьма причинами, що мають різний ефект;
«просто» біологічне пояснення хвороби;	інтегративна медицина розглядає різні фактори, що могли спричинити хворобу;
люди не відповідають за хвороби;	поведінка людини впливає на її здоров'я, люди можуть змінювати поведінку.
відсутність хвороби як ознака фізичного благополуччя.	

Пацієнт-центрований підхід еволюціонував та продовжує постійно розвиватися одночасно з біопсихосоціальною моделлю. Запровадження біопсихосоціальної моделі потребувало зміни образу мислення лікарів, зокрема, розуміння, що пацієнт є особистістю та має право брати участь у всіх процесах, які пов'язані з його здоров'ям. Наприкінці 1970-х років ВООЗ оголосила про необхідність активної ролі та залучення пацієнтів для покращення як якості, так і ефективності медичної допомоги, отже пацієнт-центрований підхід став ознакою «належної медицини».

Складові пацієнт-центрованого підходу

Науковці наразі визначають такі складові пацієнт-центрованого підходу:

Емпатія – це вміння слухати та чути, співчувати, емоційно підтримувати людину, яка отримує медичну допомогу. Емпатія означає присутність в контакті з пацієнтом, розуміння його ситуації.

Повага – це ставлення з повагою до усвідомленого вибору пацієнта, його потреб, переконань, цінностей, підтримка людської гідності та визнання його цілісності, відповідальності одночасно з його емоційним станом.

Залучення – передбачається не лише приділення часу для взаємодії з пацієнтом. Йдеться про бажання зрозуміти пацієнта і наблизитись до бачення пацієнтом його ситуації або ж хвороби (його тривоги, почуттів, очікувань...). Медичний працівник має бути уважним та відданим.

Стосунки, взаємовідносини – означають взаємну довіру між лікарем та пацієнтом, партнерство, що передбачає взаємну відповідальність.

Комунікація – це двостороння взаємодія між медичним працівником та людиною, обмін інформацією. Завдяки комунікації цінності та позиція пацієнта будуть почуті та враховані в процесі спільного прийняття рішень щодо його здоров'я.

Спільне прийняття рішень означає, що людина активно залучена до процесу надання їй медичної допомоги, що включає наснаження, самостійність та участь у лікуванні.

Холістичний підхід передбачає, що всі аспекти життя пацієнта мають вплив на його здоров'я. Немедичні чинники можуть впливати на захворювання або одужання, отже мають бути враховані в процесі надання медичної допомоги. Холістичний підхід є основою біопсихосоціальної моделі.

Індивідуальний підхід – пов'язаний з холістичним підходом, передбачає вивчення індивідуальних аспектів життя пацієнта, що можуть вплинути на процес надання медичної допомоги.

Координація допомоги – передбачає співробітництво та взаємодію як різних видів, рівнів медичної допомоги, так і інших послуг (соціальних, психологічних, побутових).

Що може дати пацієнт-центрований підхід?

1. Якісні довірчі відносини між пацієнтом і лікарем, вміння надавати інформацію і демонструвати співчуття – найсильніший мотивуючий фактор прихильності пацієнта до процесу лікування, осмисленої участі в ньому.
2. Коли клініцист демонструє розуміння потреб пацієнта, рівень тривоги хворого значно знижується.
3. Пацієнти, задоволені ставленням лікаря, демонструють більш високий рівень психологічного благополуччя, пред'являють менше скарг, краще розуміють своє захворювання і прагнуть самостійно стежити за своїм здоров'ям.

В основі пацієнт-центрованого підходу лежить ефективна комунікація лікаря і пацієнта, яка підвищує задоволеність пацієнта. З іншого боку, повага до пацієнта, розуміння його контексту і визнання його відповідальності є важливою ланкою в профілактиці емоційного вигорання лікаря.

Концепція відносин партнерства на основі співробітництва має на увазі зсув від лікарського патерналізму до відносин взаємодії між пацієнтом і лікарем. Лікар стає лідером в цій взаємодії. Тому комунікаційна компетентність стає найважливішим елементом лікарського професіоналізму. І цьому треба і можна вчитися протягом усього професійного життя.

Коли клініцист демонструє розуміння потреб пацієнта, рівень тривоги хворого значно знижується. У дослідженні ефективності комунікативної компетентності лікарів було показано, що зниження емоційного стресу пацієнта пов'язано з емпатійними відповідями лікаря на емоційні реакції пацієнта, з доступністю і ясністю інформації, яку подає фахівець. Ті пацієнти, котрі були задоволені ставленням лікаря, демонстрували більш високий рівень психологічного благополуччя, менше пред'являли скарг, краще розуміли своє захворювання і прагнули самостійно стежити за своїм здоров'ям.

Стюарт і співавтори (2000) показали, що персоналізоване звернення лікаря до пацієнта, зоровий контакт і докладні роз'яснення з приводу хвороби пов'язані з меншим дискомфортом, меншим занепокоєнням і кращим поліпшенням психічного здоров'я у хворих з хронічними захворюваннями... Дослідження показали вплив психосоціальних

факторів на встановлення ремісії при онкологічних захворюваннях, яке полягає в тому, що хворий краще справляється зі стресом, викликаним хворобою, більше довіряє лікарю, а відтак виявляє високу прихильність до лікування. Задоволеність пацієнтів комунікаціями з лікарями високо корелює з задоволеністю пацієнтів медичною допомогою взагалі.

Принципи лікарської комунікації в пацієнт-центрованому підході

До основних принципів лікарської комунікації відносять:

- емпатійне слухання – усвідомлене співпереживання поточного емоційного стану іншої людини без втрати відчуття зовнішнього походження цього переживання;
- активне слухання – відображення почуттів, відкриті запитання;
- інформування пацієнта;
- заохочення активності пацієнта;
- визнання цінності досвіду пацієнта.

В якості план-карти реалізації принципів ефективної комунікації пропонуємо використовувати розроблену Сільверманом зі співавт. (Мал.1.1) модель навичок спілкування, яка передбачає вдосконалення трьох нерозривно пов'язаних основних навичок:

- навички змісту – про що лікар каже;
- навички процесу – як лікар спілкується;
- навички сприйняття – про що лікар думає і що відчуває.

Пацієнт-орієнтований підхід має бути реалізований на різних рівнях. Все починається зі зміни вузького бачення медпрацівників та їхнього ставлення до пацієнта. Наступним кроком є трансформація відносин між лікарем та пацієнтом, відповідно надавачем та отримувачем медичної допомоги.

Рис.4. Типи навичок спілкування та їх взаємозв'язок (за Сільверманом).



Пацієнт, надавач медичної допомоги та держава мають сформувати спільну систему ефективної взаємодії, що в перспективі сприятиме розвитку медицини, орієнтованої на людину.

Чому сучасна система охорони здоров'я повинна бути пацієнт-орієнтованою?

Запровадження пацієнт-центрованого підходу є важливою засадою розвитку системи охорони здоров'я, що орієнтована на людей. Надання медичної допомоги на засадах пацієнт-орієнтованого підходу сприяє досягненню Цілі Сталого Розвитку №3 з документу ООН щодо міцного здоров'я та благополуччя населення.

Ціль Сталого Розвитку №3 полягає у забезпеченні здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку. Задля виконання даної цілі визначена низка завдань, зокрема щодо запровадження загального універсального охоплення послугами охорони здоров'я (англ. – universal health coverage). Універсальне охоплення охороною здоров'я передбачає захист від фінансових ризиків, доступ до якісних медико-санітарних послуг і до безпечних, ефективних основних лікарських засобів і вакцин.

Як пацієнт-центрований підхід сприяє універсальному охопленню послугами охорони здоров'я?

Всі люди мають рівний доступ до якісних медичних послуг, що передбачає:

- послуги **спільно вироблені** (англійською – co-produced health care services) для того, щоб відповідати потребам людей;
- послуги, координовані для забезпечення **безперервної допомоги**;
- послуги є **комплексними**, безпечними, ефективними, своєчасними та доступними;
- всі **надавачі послуг** вмотивовані, мають відповідні знання та навички, працюють у підтримуючому середовищі.

Ключові стратегії ВООЗ щодо розвитку системи охорони здоров'я для запровадження пацієнт-орієнтованого підходу:

1. Наснаження та залучення пацієнтів, людей, які отримують медичну допомогу, місцевих громад до участі у системі охорони здоров'я. Спільно-вироблені медичні послуги є одним з способів реалізації даної стратегії.
2. Посилення врядування та підзвітності системи охорони здоров'я як перед органами влади та замовниками, так і перед громадою.
3. Нова орієнтація моделі надання допомоги шляхом запровадження сучасних та інноваційних підходів менеджменту у наданні медичних послуг; іншими словами – нової моделі медичної допомоги.
4. Координування та посилення взаємозв'язків системи охорони здоров'я з надавачами інших послуг, насамперед соціальних, психологічних, реабілітаційних тощо.
5. Створення сприятливого середовища шляхом удосконалення законодавства, розробки та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, моніторингу та оцінки тощо.

Підсумовуючи теоретичну частину

Пацієнт-центрований підхід є способом надання медичної допомоги, який враховує цінності, побажання та переваги пацієнта, залучає його до процесу лікування.

Пацієнт-орієнтований підхід було запроваджено у минулому столітті на протигагу патерналізму в медицині та формування біопсихосоціальної моделі.

Пацієнт-центрований підхід є новою філософією та образом мислення, що сповідує повагу та емпатію до людей, які отримують медичну допомогу, враховує соціальні фактори, що впливають на стан їхнього здоров'я.

Пацієнт-орієнтований підхід розглядає здоров'я не лише як відсутність хвороби, а як повноцінне життя людини, стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя.

Пацієнт-центрований підхід є важливою умовою для забезпечення універсального охоплення якісними та ефективними послугами охорони здоров'я.

Створення систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину, є критичним для досягнення Цілей Сталого Розвитку, зокрема Цілі №3 щодо універсального охоплення системою охорони здоров'я.

Пацієнт-центрований підхід:

- базується на сучасних підходах менеджменту щодо надання медичної допомоги;
- передбачає координацію, взаємодію та інтеграцію різних видів та рівнів медичної допомоги, а також з іншими соціальними послугами;
- побудований на засадах економічної ефективності;
- застосовує інноваційні інформаційні та комунікаційні технології.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ. КЕЙС ДЛЯ ОБГОВОРЕННЯ

Вступ до кейсу

Цей кейс можна розіграти або уявити як рольову гру або ж «прокрутити в голові» сценарій подібної розмови.

Порівняйте традиційний сценарій із сценарієм, орієнтованим на пацієнта, та змодельуйте відповіді на такі запитання:

- Чи може лікар надавати адекватну допомогу, якщо йому не вистачає контексту та розуміння поведінки або рішень пацієнта?
- Що заохочує або відбирає бажання у пацієнта ділитися деталями та обставинами?
- Яким чином спілкування з лікарем може по-різному сприйматися пацієнтом, залежно від того виявляє він емпатію чи ні?
- Чи дійсно виявлення емпатії впливає на клінічні результати?

Спочатку ми розглянемо світогляд пацієнтки з описом її стану здоров'я, а також деякими її переконаннями та ситуаціями. Далі до вашої уваги точка зору лікаря, надана з метою допомогти вам зрозуміти, що саме впливає на її рішення та тактику взаємодії з пацієнткою.

До вашої уваги дві гіпотетичних бесіди. У першій лікарка застосовує патерналістський, директивний підхід. У другій використовується пацієнт-орієнтований підхід.

(Примітка: діалог базується на багаторічному досвіді спостережень справжніх взаємодій лікар – пацієнт, але це вигаданий сценарій.)

Крізь лінзу пацієнта

Марія – 66-річна жінка, яка вже 6 місяців перебуває на діалізі.

Нарешті вона стала звикати до напруженого графіку, в якому три дні на тиждень присвячені підготовці до процедури та поїздкам до центру та з центру гемодіалізу. Марія проживає багато негативних емоцій та дискомфорт від самої процедури, яка триває годинами. Їй не подобається, що на це йде так багато часу. Цей час вона могла б приділяти онукам, насолоджуватись затишком та комфортом власного будинку, але це жертва, на яку вона йде свідомо.

Марія тривалий час боролася зі своєю зайвою вагою та діабетом. Вона намагається дотримуватися всіх нових правил і приписів лікаря стосовно дієти, але це складно, і пам'ять вже не така, якою вона була раніше. Вона відчула, що зовсім заплуталась, коли лікарка «завалила» її інформацією про білок, фосфор і калій. Чи повинна вона приймати в'яжучі лікарські засоби, коли вживає їжу з високим вмістом калію або фосфору? (І, до речі, вона повинна їсти більше білка, а сир не містить білка, тому, здається, це буде нормально для неї. Так заплутано!) Крім того, вона ненавидить смак своїх в'яжучих ліків – вони провають у неї закреп – отже, вона досить часто уникає їх.

Окрім нового плану лікування, Марії важко розрахувати та вписатися у свій продовольчий бюджет. З цими новими обмеженнями їй здається, що всі продукти харчування значно подорожчали. Більше жодних консервованих фруктів та овочів, жодної картоплі, жодного рисового плову – продуктів та страв, які здавались дешевими та легкими, але їй сказали, що їй стан більше не дозволяє вживати їх. Нещодавно лікарка під час розмови з'ясувала, що Марія досить часто споживала макарони з сиром.

Іноді співробітники відділення гемодіалізу ставляться до Марії так, ніби вона не піклується про своє здоров'я чи не дотримується плану лікування.

Але ж насправді їй не байдуже! Вона дійсно піклується про себе, як може; вона хоче спостерігати, як підростають її онуки, вона не хоче, щоб її здоров'я і далі погіршувалось, вона бажає врешті-решт дочекатися своєї черги на трансплантацію нирки. Вона знає, що задля реалізації всіх цих пунктів їй потрібно залишатися здоровою, і відчуває, що всіма силами намагається дотримуватися цих складних дієтичних правил.

Крізь лінзу лікаря

Ірина, лікарка-дієтолог, стаж роботи 20 років.

Ірині доводиться мати справу із різними пацієнтами. Від пацієнтів, які відкрито кидають їй виклик, вживаючи саме те, що вона забороняє їм вживати, до пацієнтів, які перенесли серцеві напади під час процедури гемодіалізу, а також деяких пацієнтів, які дотримуються її порад і значно довше живуть на діалізі. На її думку, вона добре ладнає з більшістю з них, хоча інколи помічає, що деякі прикидаються сплячими, коли вона підходить. Їм подобається, коли вона приносить «діалізні ласощі», щоб отримати гарні результати лабораторних досліджень.

Стати лікаркою-дієтологом відділення гемодіалізу Ірину надихнула історія її матері, котра тривалий час перебувала на діалізі, ніколи, здавалося, не дотримувалась дієти та плану лікування і померла занадто молодою. Ірина хоче допомогти іншим людям уникнути цієї пастки. Вона пропонує багато хороших роздаткових матеріалів, ресурсів та порад, оскільки має багаторічний досвід. Раніше вона вважала, що якщо пацієнтам надати всю цю інформацію та поради, то вони ухвалювали б свідомі рішення, але останнім часом вона все частіше запитує себе, що не так з мотивацією її пацієнтів.

Навіть коли Ірина демонструє їм фото того, що відбувається з їхньою шкірою, якщо рівень фосфору надто високий, вони не змінюють свій раціон харчування та не вживають в'яжучі лікарські засоби регулярно. Навіть коли вона каже їм, що саме вони повинні зробити, щоб потрапити до списку реципієнтів в черзі на трансплантацію, багато пацієнтів не змінюють своєї поведінки.

Марія здається їй симпатичною жінкою, але схоже, такою, котра не звертає уваги на те, що їй говорять про важливість дотримання ниркової дієти. Ірина багаторазово розповідала Марії про дієтичні обмеження, але рівень фосфору у неї продовжує залишатися високим. Кілька разів Ірина ловила Марію із залишками макаронів та сиру. Ірина засмучена через те, що її пацієнтка не дотримується дієти, такої важливої для її здоров'я.



Традиційний підхід

Понеділок. Перш ніж увійти до палати Марії під час діалізу, Ірина переглядає результати лабораторних досліджень, проведених напередодні. Показники дещо покращились, але рівень фосфору все ще занадто високий! Вона хапає роздаткові матеріали із переліком продуктів з високим вмістом фосфору та прямує до палати.

У діалозі нижче позначення в квадратних дужках містять приклади того, що можна «зчитати» з реплік Ірини у кожній розмові.

Л (Лікарка): «Вітання, пані Маріє! Як минули вихідні?» *[Залучення]*

П (Пацієнтка): «Добридень, пані Ірино! Дякую, чудово. Святкували день народження онука, йому виповнилося шість, він попросив приготувати його улюблені макарони із сирним соусом. Страва вдалася – це був справжній хіт!»

Л.: «Так, я бачу, ви взяли залишки страви, щоб перекусити. Пам'ятаєте, що ми говорили минулого тижня про сир?» *[Засудження]*

П: «Не хвилюйтеся, пані Ірино, сьогодні вранці я не вживала ані яєць, ані сиру, пам'ятаючи про свої показники. Все в міру, так?»

Л: «Ну... я щойно переглянула результати ваших лабораторних досліджень, і рівень фосфору у вас все ще занадто високий. Можливо, нам слід ще раз переглянути ці роздаткові матеріали щодо фосфору, пані Маріє? Ви бачите, що сир є у списку продуктів із високим вмістом фосфору, і ви, на мою думку, їсте його забагато». (Лікарка витрачає близько 10 хвилин, щоб знову продемонструвати та прокоментувати роздатковий матеріал.)
[Надання інформації/поради, не запитуючи дозволу.]

П: «Я знаю, я знаю. Але я намагаюся зменшити його кількість у своєму раціоні. Як я вже сказала, я не вживала сир сьогодні вранці. І я вже навіть не їм помідори, які вирощую і дуже люблю. Віддаю їх дітям та друзям! Відверто кажучи, я дуже сумую за днями до діалізу, коли мені не потрібно було так турбуватися про кожну дрібницю, яку я кладу до рота».

Л: «Я розумію, що це важко, але ви знаєте, що відбувається, коли ви не дотримуетесь дієти. ви перебували у лікарні з інфекцією кілька місяців тому. Але ж ви хочете потрапити до списку реципієнтів на трансплантацію. Можливо, ви можете покласти цей роздатковий матеріал на свій холодильник як нагадування? Або якщо ви хочете, я могла би поспілкуватися з вашою дочкою і попросити її вам нагадувати?»
[Спроба співпереживання, але неефективна; ігнорування розмови про зміни; застосування тактики залякування; лайка; надання інформації/порад без дозволу]

П: «Так, я вже поклала проспекти на свій холодильник минулого тижня. Я не хочу зараз турбувати дочку цим, зараз її маленька дочка хвора, і вона потребує моєї допомоги».

Л: «Ну, а як щодо харчового щоденника, пані Маріє? Ви могли б вести щоденник, фіксуючи продукти та страви, які вживаєте, і тоді ми могли б разом переглядати його, щоб з'ясувати, де ви помиляєтесь. Можливо, якщо ми зможемо це точно визначити, то ваші показники покращуватимуться. Ви знаєте, що я як ваша лікарка зраділа б, якби ваші показники були нижчими!» *[Справжній намір допомогти; надання інформації/поради без дозволу]*

П: «Звичайно, добре, ми могли б спробувати... не завадить спробувати».

Л: «Добре, чудово, у такому разі заплануйте на цей тиждень ведення харчового щоденника. А як щодо в'язучих препаратів, чи ви взяли їх, чи приймаєте їх так, як ми домовлялися?» *[Диктування цілі відносно здоров'я замість того, щоб викликати її у пацієнтки; закриті питання навряд чи спричинить чесну відповідь]*

П: «Так, так. Я знаю, що маю приймати їх під час основних прийомів їжі та перекусів».

Л.: «Гаразд, гаразд! Я вийду на зв'язок із вами наступного тижня, щоб переглянути ваш щоденник харчування» *[Зсув зі здоров'я на контроль письмових вправ]*.

Підхід, орієнтований на пацієнта

Ось повторення того самого сценарію, але з припущенням, що Ірина пройшла навчання на курсі з комунікації. Вступна лекція справила враження на неї! Згодом вона практикувалась, відвідувала всі заняття з формування комунікативних навичок і насправді почала бачити різницю між використанням традиційного підходу та підходу, орієнтованого на пацієнта. Вона знову насолоджується своєю роботою і відчуває, що ніби змінює життя багатьох своїх пацієнтів.

Л: «Вітаю, пані Маріє! Як минули ваші вихідні?» *[Залучення]*

П: «Добридень, пані Ірино! Дякую, чудово. Святкували день народження онука, йому виповнилося шість, він попросив приготувати його улюблені макарони із сирним соусом. Страва вдалася – це був справжній хіт!»

Л: «Отже, ви добре провели час в сім'ї! Ці ваші знамениті макарони із сирним соусом – справжня спокуса! Я знаю, що ви наполегливо працюєте над тим, щоб скоротити кількість сиру в раціоні, пам'ятаючи про рівень фосфору». *[Складна рефлексія, залучення, підтримка]*

П: «О так, ви ж знаєте, як я люблю сир! Однак сьогодні вранці значно зменшила кількість сиру та яєць, невелика їх кількість не повинна зашкодити, так?»

Л: «Це чудово, що ви вносите корективи! Ви праві, що гнучкий підхід є ключовим, а те, що ви скоротите, залежить повністю від вас». *[Схвалення, підтримка автономії пацієнта]*

П: «Гадаю, я недостатньо скорочую. Я бачу, у вас там результати моїх аналізів. Знаю, що рівень мого фосфору все ще високий».

Л: «Так, це так, але всі інші показники в припустимих межах. І рівень фосфору набагато нижчий, ніж у попередній раз. Отже, те, що ви робите, має значення». *[Схвалення, звернення до особистого прагнення та самоефективності]*

П: «Ну, як я вже сказала, я намагаюся зменшити його кількість у своєму раціоні. Я не вживала сир сьогодні вранці. І навіть не їм помідори,

які вирощую і дуже люблю. Віддаю їх дітям та друзям! Відверто кажучи, я дуже сумую за днями до діалізу, коли мені не потрібно було так турбуватися про кожну дрібницю, яку я кладу до рота».

Л : «Ви робите значні, важливі кроки! Це справді дуже складна дієта. І ви зробили приголомшливу роботу, опанувавши все це. Зазвичай потрібен час, щоб все це зрозуміти. Я знаю, що ви докладаєте значних зусиль і усвідомлюєте, наскільки це важливо для вашого здоров'я». *[Твердження, схвалення зі складною рефлексією, роздуми про зусилля, спрямовані на зміни]*

П: «Так, я знаю, наскільки це важливо, і намагаюся, хоча часом це бентежить».

Л: «Що вас мотивує?» *[Спонування до розмови про зміни]*

П: «Мої онуки. ви знаєте, що вони для мене означають. Вони – моє все! Я хочу залишатися якомога здоровішою, щоб продовжувати допомагати дочці із ними. А ще я дуже хочу потрапити до списку реципієнтів на трансплантацію».

Л: «Залишатися здоровою, потрапити до списку реципієнтів, і спостерігати, як ростуть два маленьких енерджайзера, які є вашими найкращими мотиваторами. Цікаво, чи було б корисно визначити лише один чи два пункти, які можуть допомогти вам цього тижня залишатися на правильному шляху?» *[Складні роздуми, запит на дозвіл, пошук рішень].*

П: «З фосфором? (Ірина киває.) Ну, ці роздаткові матеріали корисні, але вони акцентують увагу на тих продуктах, які не варто вживати. У вас є такі, які дають уявлення про дозволені мені продукти, які я можу придбати у продуктовому магазині? Дуже бажано, щоб вони не були дорогими!»

Л: «Звісно! У мене є один проспект із корисними для вас продуктами харчування, і ми можемо разом проаналізувати, які з них дешевші. Чим ще я можу вам допомогти?» *[Пропозиція спільного прийняття рішень]*

П: «Я хочу зізнатися вам, я не приймаю свої в'язучі ліки в тій кількості, в якій ви призначили. Я просто ненавиджу їх смак – вони іноді викликають у мене закреп».

Л: «Добре, що ви про це сказали. Це цілком логічно, що ви не маєте бажання вживати їх. Знаєте, ми могли б спробувати підібрати інший препарат. Що скажете?» *[Перевірка, пропозиція, надання можливості самостійно приймати рішення]*

П: «О! Було б добре спробувати підібрати інший».

Л.: «Я попрошу медичну сестру дати вам кілька зразків додому, щоб ви могли спробувати. Бачу, що процедура вашого діалізу добігає кінця. Чи залишились у вас питання до мене? За хвилину я повернуся із роздатковими матеріалами для вас. Які будуть ваші подальші кроки?»
[Нагадування про наступні кроки, які сприятимуть дотриманню плану лікування]

П: «По завершенні діалізу я візьму ліки у медичної сестри і спробую поприймати їх. Я зрозуміла, що мені частіше потрібно переглядати ті проспекти, якими ви ділитесь зі мною. Я обов'язково візьму до уваги новий проспект із продуктами, які є для мене безпечними та корисними. Також спробую ще більше скоротити кількість сиру та яєць. Найближчим часом днів народжень більше не буде, це допоможе мені дотримуватись дієти!»

Л: «Чудовий план. Впевнена, що якщо ви будете дотримуватись цього плану, це позитивно вплине на ваше здоров'я. Ви поступово звикнете і вам стане простіше дотримуватись дієти – обіцяю!» *[Схвалення та звертання до особистого волевиявлення та самоефективності]*

Обговоріть обидва сценарії. Поміркуйте щодо підходу та стратегії, які використовувала Ірина у кожному з них. Як відповідала Марія? Що було ефективним і чому? Нарешті, визначте, як підхід, орієнтований на пацієнта, може покращити взаємодію лікаря із пацієнтом.

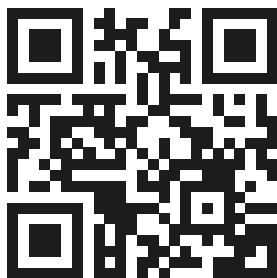
Тестові питання для контролю знань знаходяться в повній авторській версії заняття.

Питання у рефлексивний щоденник:

З огляду на свій попередній досвід, чи можу я назвати своє ставлення до пацієнтів – людиноцентризованим?

Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3rAOXSs



Повна версія заняття
за посиланням:

bit.ly/3okw303



ТЕМА 2

Емпатія

ТЕМА 2

ЕМПАТІЯ

Підготовлено Юлією Тихолаз, Тетяною Сендецькою та Анастасією Леухіною



Юлія Тихолаз, викладачка циклової комісії природничо-наукових дисциплін, Вінницький медичний фаховий коледж імені академіка Данила Заболотного



Тетяна Сендецька, психологиня, засновниця Sendetska Training Agency



Анастасія Леухіна, голова ГО «Горизонталі», авторка «Зовсім не страшної книги про життя, смерть і все, що поміж ними», консультантка Україно-швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти»

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ:

- розуміти значення емпатійного ставлення в роботі медпрацівника;
- знати алгоритми комунікації для демонстрації емпатичного ставлення в процесі спілкування з пацієнтами та їхніми опікунами.

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	поняття: емпатія, співпереживання, співчуття.	усвідомлення власних переживань, почуттів; розвиток психологічної спостережливості; формування навичок «читання» невербальних сигналів; формування навички емпатійно висловлюватись; розвиток здатності емпатувати.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина – 5 хв.

Вступна дискусія – 10 хв.

Міні-лекція (короткий розбір теоретичного матеріалу) – 15 хв.

Робота з кейсами у малих групах – 10 хв.

Обговорення кейсів (дебріфінг) – 15 хв.

Інтерактивні дискусії, ситуаційно-рольова гра – 50 хв.

Підсумкова рефлексія. Заключний тестовий контроль рівня теоретичних знань (електронні або паперові форми) – 10 хв.

Підведення підсумків, оголошення оцінок – 5 хв.

Усього — 120 хв.

Матеріали заняття

Питання для вступної дискусії: як би ви пояснили поняття «емпатія» тому, хто не знає, що це означає?

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Слово «емпатія» походить від грецького «patho», що означає глибоке, сильне, чутливе почуття (відчуття), близьке до страждання. Префікс «em» означає спрямований (скерований) усередину.

Емпатія – це усвідомлене почуття співпереживання емоційному стану іншої людини, здатність розуміти почуття іншої людини, «зчитувати» її емоційний стан і співставляти з ним власні думки та вчинки.

У нейрофізіологічних механізмах емпатії беруть участь дзеркальні нейрони. Приматів ці клітини змушують повторювати однакові дії один за одним, а людей – сміятися над жартами, плакати над зворушливими книгами та фільмами, знаходити друзів.

Не варто плутати емпатію зі співчуттям, адже емпатію можна проявляти не лише стосовно «важких» емоцій. Вона є поняттям глибшим і більш залученим, ніж співчуття, яке просто визнає проблеми чи почуття іншої людини.

Емпатія – це усвідомлений відгук на почуття співрозмовника без примірювання чужих відчуттів на себе. Розрізняють три рівні емпатії: низький, середній та високий.

Низький рівень являє собою «зчитування» невербальних сигналів і співставлення їх з тим, що бачив раніше.

В основі середнього рівня лежить бажання зрозуміти людину, з'ясувати причину її переживань, вислухати всю історію. Проявом емпатії на цьому рівні є вміння ставити себе на місце співрозмовника.

Високий рівень емпатійності передбачає здатність швидко відчувати стан людини без перетягування її проблем на себе; раціональний аналіз емоційного стану людини, що дозволяє надати їй реальну допомогу.

У психології емпатію розглядають як єдність емоційних, когнітивних та вольових процесів. Серед видів емпатії виокремлюють такі:

- емоційну емпатію,
- когнітивну емпатію,
- предикативну емпатію.

Емоційна емпатія базується на механізмах проєкції та наслідування моторних та афективних реакцій іншої людини.

Когнітивна емпатія базується на інтелектуальних процесах (порівняння, аналогія тощо).

Предикативна емпатія проявляється як здатність людини передбачити афективні реакції іншого в конкретних ситуаціях.

Виділяють особливі форми емпатії: співпереживання та співчуття.

Коротка дискусія: чи існує, на вашу думку, різниця між поняттями «емпатія», «співпереживання» та «співчуття»?

Співпереживання – це переживання суб'єктом тих самих емоційних станів, які проживає інша людина через ототожнення з нею. Іншими словами, це є переживання подібної з об'єктом емоції.

Співчуття – це переживання власних емоційних станів з приводу відчуттів і почуттів іншої людини. При співчутті переживання суб'єкта та об'єкта не тотожні.

Медичні працівники здійснюють свою діяльність в сфері «людина-людина», коли відбувається процес уявного порівняння себе з іншою людиною з метою зрозуміти, відчувати переживання і почуття іншої людини. Цей процес є початком клінічної емпатії.

Табл. 3

Зв'язок між емпатією, співчуттям та співпереживанням

Визначення	Співчуття	Емпатія	Співпереживання
	Відповідь, яка досить часто базується на жалю, часто без достатнього розуміння ситуації, але з метою вберегти себе від немиримих відчуттів	Відповідь, яка базується на спробі зрозуміти чуже страждання та на комунікації про нього; називання почуттів іншої людини	Відповідь, яка в результаті розуміння страждання намагається знайти можливий відповідь та дії, щоб його полегшити
Відповідь на страждання	Зауважити	Зауважити та прокомунікувати	Зауважити, прокомунікувати та зробити зусилля, щоб полегшити
Результат	Самозбереження	Щире розуміння того, хто страждає, краший контакт з іншою стороною	Полегшення страждань, реальна допомога
Приклад	Це жахливо... Ви тримайтеся... Мені шкода...	Допоможіть мені зрозуміти, що з вами відбувається... Я розумію, що вам зараз боляче/сумно/ви відчуваєте гнів/розпач/хвилювання...	Я розумію, що вам зараз непросто, але що я можу для вас зробити, щоб покращити ситуацію? Чим я можу допомогти?

К. А. Stepien та А. Baernstein характеризують клінічну емпатію не лише як розуміння емоцій пацієнта, але і як реалізацію проявів цього розуміння стосовно нього.

Клінічна емпатія – це здатність зрозуміти почуття і переживання пацієнта в цілому, прийняти його сторону, без будь-яких оціночних суджень про нього. При цьому важливим є позитивне ставлення до особистості пацієнта.

На думку S. W. Mercera, клінічна емпатія включає:

1. Здатність зрозуміти стан пацієнта, його/її почуття (емоції).
2. Здатність спілкуватись з пацієнтом з метою розуміння його/її психічного стану, його/її емоцій та перевірки точності цього розуміння.
3. Здатність діяти певним терапевтичним шляхом (з урахуванням розуміння психічного стану пацієнта).

Емпатія – це процес, що складається з двох стадій. На першій стадії важливо з'ясувати і досягти чіткого розуміння та визнання ситуації і почуттів іншої людини, на другій – повідомити це розуміння пацієнту/співрозмовнику в очевидній і комфортній формі.

Більшість медичних працівників вдало виконують перший пункт: можуть визнавати і бути чутливими до ситуації пацієнта – проте не завжди демонструють це відкрито, тобто не виконують другий пункт. Ключовою в емпатії є саме відкрита демонстрація нашого розуміння емоцій пацієнту в такий спосіб, в який він відчув би нашу підтримку.

Виразити емпатію можна вербально та невербально.

Невербальні прояви емпатії:

- жести,
- вираз обличчя (міміка),
- поза,
- погляд – контакт очима,
- дистанція,
- дотик – передпліччя, плече, спина (вище лопаток).

Вербальним проявом емпатії є емпатичне висловлювання.

Емпатичне висловлювання – це підтримуючі коментарі, котрі досить специфічно називають і визнають емоції й проблеми пацієнта.

Приклади емпатичних висловлювань:

«Я бачу, що вам важко усвідомити втрату пам'яті у вашого чоловіка».

«Я розумію, наскільки нелегко вам обговорювати це».

«Я розумію злість, яку ви відчуваєте через вашу хворобу».

«Я бачу, як вас засмучує її поведінка».

«Я розумію, наскільки вас лякає фраза про те, що біль може повернутися».

Досить вдалим способом виявити емпатію є мнемонічна техніка **NURSE**.
(також див. стор. 184)

Name – назвати чи віддзеркалити емоцію пацієнта;

Understand – зрозуміти емоцію;

Respect – виявити повагу;

Support – підтримати;

Explore – розкрити емоції.

Розглянемо приклад:

Матуся хлопчика має бажання відмовитися від щеплення, тому що чула про можливі ускладнення. Емпатійна відповідь за схемою N.U.R.S.E. може виглядати так:

N	Name	назвати чи віддзеркалити емоцію – «Ви боїтеся можливих ускладнень від щеплення».
U	Understand	зрозуміти емоцію – «Я розумію, ви непокоїтеся за свою дитину і не бажаєте ризикувати».
R	Respect	проявити повагу – «Добре, що ви відповідальна матуся і шукаєте додаткову інформацію».
S	Support	підтримати – «Я можу надати вам повну інформацію щодо цієї вакцини і ми зможемо детальніше обговорити частоту можливих реакцій у дитини».
E	Explore	розкрити емоції детальніше – «Що ще вас насторожує відносно щеплення?»

Табл. 4. **NURSE**

Підсумовуючи теоретичну частину

Емпатія допомагає:

- встановити контакт, забезпечити довірчі відносини;
- стимулювати мотивацію і підвищити комплаєнс (прихильність);
- знизити емоційне напруження/агресію.

Без емпатійного підходу ми навряд чи зможемо виявляти і розуміти точку зору, ідеї, уявлення, мотивацію та бар'єри пацієнта. Лише тоді, коли ми щиро виявляємо готовність сприйняти світогляд пацієнта, пацієнт поділиться з нами відверто та чесно, щоб ми могли підтримати його та вплинути на його вибір.

Поради для розвитку емпатичного ставлення:

Намагайтеся, щоб кожен пацієнт відчував/відчувала, що він чи вона є для вас важливим/важливою.

Поставте себе на місце пацієнта, враховуючи його/її емоції, потреби та проблеми зі здоров'ям.

Дізнайтеся більше про невербальне спілкування – міміку, мікровираз, мову тіла, читання очей, тон голосу – щоб допомогти собі зрозуміти почуття пацієнта.

Спроектуйте приємність і легкість, навіть коли ви цього не відчуваєте.

Покращуйте свою обізнаність щодо власного невербального спілкування.

Попросіть колег спостерігати за вашими взаємодіями з кількома пацієнтами, щоб оцінити вашу емпатію.

Послухайте, як відомі емпатичні комунікатори (наприклад, колеги, лідери, друзі, телевізійники) використовують свій голос, щоб висловити емпатію. Потренуйтеся вимовляти деякі фрази перед дзеркалом (наприклад, «Я думаю, можливо, буде важко...»), оцінюйте свої здібності та вносьте корективи.

Уникайте оціночних суджень. Прагніть створювати відносини, в яких вас сприймають як цілителя і союзника, а не просто постачальника послуг.

Якщо у вас виникають проблеми з емпатією до конкретного пацієнта, спробуйте з'ясувати, чому це відбувається і як це подолати.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Робота з кейсами у малих групах

Завдання

Опрацюйте кейси. Запропонуйте емпатичну відповідь за схемою NURSE.

Кейс 1:

Батьки, котрі привезли дитину з віддаленого регіону на консультацію до столичної кардіохірургічної клініки, занадто емоційно реагують на слова кардіолога, який говорить, що йому «не подобаються шуми й потрібно провести додаткове обстеження серця», і вимагають не відкладати оперативне втручання: «Ми і так всі обстеження пройшли».

Можливий варіант відповіді за схемою NURSE:

Name – назвати чи віддзеркалити емоцію: «Вас лякає майбутня операція, а тут ще й нові обставини. Невизначеність лякає ще більше».

Understand – зрозуміти емоцію: «Я розумію, це найважче – бачити, як хворіє ваша дитина, і відчувати, що ви ніби втрачаєте контроль над ситуацією».

Respect – проявити повагу: «Але ви вже стільки пройшли, ви змогли привезти вашу дитину сюди».

Support – підтримати: «Нам потрібно бути впевненими, що ваша дитина готова до операції за всіма передбаченими для операції показниками. Я спробую зробити все швидко. Це дуже важливо».

Explore – розкрити емоції детальніше: «Чи є ще щось, що непокоїть вас відносно стану вашої дитини?»

Кейс 2:

Пацієнт відмовляється йти на процедуру розкриття панарицію, вимагаючи призначити інший (неінвазивний) метод лікування, мотивуючи побоюваннями «заразитися гепатитом»: «Призначте мені мазь... або може щось інше, я чув, можна якесь опромінення робити...».

Можливий варіант відповіді за схемою **NURSE**:

Name – назвати чи віддзеркалити емоцію: «Ви боїтеся заразитися гепатитом».

Understand – зрозуміти емоцію: «Я розумію, це серйозне захворювання... і зараз стільки про це говорять...»

Respect – проявити повагу: «Але ви молодець, що знаєте про це і намагаєтесь уникати небезпечних ситуацій».

Support – підтримати: «Давайте, я сам особисто простежу, щоб все було стерильне/ми скористаємось одноразовими інструментами».

Explore – розкрити емоції детальніше: «Що ще вас лякає в нашому плані лікування?»

Кейс 3:

Пацієнт із нещодавно діагностованим цукровим діабетом висловлює побоювання з приводу виписки з лікарні, говорячи: «Не впевнений, що готовий впоратись з усім цим – постійно визначати рівень цукру та робити собі ін'єкції».

Можливий варіант відповіді за схемою **NURSE**:

Name – назвати чи віддзеркалити емоцію: «Ви виглядаєте стурбованим... »

Understand – зрозуміти емоцію: «Я розумію, це справді стрес, дізнатися про подібний діагноз».

Respect – проявити повагу: «Але ви молодець, ви швидко навчаєтесь, сьогодні ви дуже добре впоралися із тест-смужками та ін'єкціями інсуліну».

Support – підтримати: «Ми попрацюємо разом ще раз завтра вранці, і я скажу медичній сестрі, яка періодично приходитиме до вас, щоб за кілька днів відвідала вас і ви виконали маніпуляції разом».

Explore – розкрити емоції детальніше: «Розкажіть мені детальніше, що ще турбує вас стосовно підтримки рівня цукру вдома».

Дебрифінг (обговорення кейсів)

Інтерактивна дискусія

Питання до дискусії:

1. Чому медичному працівнику важливо бути емпатійним до своїх пацієнтів?

Коли медичний працівник намагається уявити щось з точки зору пацієнта, він може запропонувати йому інші варіанти лікування чи можливі шляхи надання допомоги, які вони, ймовірно, раніше не розглядали. Пацієнту буде значно легше проговорити свої проблеми з кимось, хто емпатично ставиться до нього і знаходить час, щоб спробувати зрозуміти, що він відчуває та через що проходить.

Почуття, занепокоєння, очікування та ідеї пацієнта важливі так само, як і скарги на фізичний стан. Враховуючи всі названі аспекти, медичний працівник зможе краще зрозуміти ситуацію і, зрештою, надати найкращі поради щодо лікування чи забезпечення якісного догляду. Емпатійний медичний працівник допоможе пацієнту почуватися невимушеним та почутим.

Емпатія допоможе зруйнувати чисельні бар'єри між пацієнтом та медичним працівником, з якими він чи вона може зустрітися, і допомогти створити комфортне для спілкування середовище.

Емпатія є основним принципом комунікативного підходу, орієнтованого на пацієнта. Медичний працівник, який може продемонструвати розуміння, частіше має справу з пацієнтами, котрі відчуваються менш засудженими та прийнятими.

Пацієнт, який відчуває підтримку і відсутність необхідності захищатися, швидше за все, буде більш відкритим до рекомендацій щодо плану лікування та зміни способу життя. Однак, як би просто це не звучало, «бути більш емпатичним» є досить складним завданням для пересічного лікаря.

Поширені помилки:

недостатнє розуміння, що таке емпатія. Плутання емпатії зі співчуттям, або ж прояв емпатії лікарем лише у випадку, коли, на його думку, пацієнт пригнічений;

емпатувати з метою отримання «галочки» у графі «хороший лікар»;

вважати, що бути емпатійним – це робити вигляд, ніби знаєш, що саме відчуває інша людина, щоб змусити її почуватися краще в певній ситуації;

вірити, що бути емпатійним – це простий спосіб змусити когось вам довіряти;

думати, що емпатія – це вміння, яке застосовується лише у професійній діяльності, а не в повсякденному житті.

міркувати надто прагматично. Наприклад, сказати, що емпатія важлива, оскільки вона дає лікарю хороший рейтинг зворотного зв'язку

2. Що важливіше: вміти емпатувати чи вміти співчувати?

Почніть з викладу вашого особистого визначення понять «емпатія» та «співчуття». Ваші визначення можуть відрізнятися від стандартних. Обговоріть основні обов'язки лікаря і те, чому саме вміння лікаря проявити емпатію та співчуття є критично важливою навичкою під час виконання цих обов'язків.

Лікарі несуть відповідальність за призначення вірного лікування та надання пацієнту найкращого можливого догляду, використовуючи поєднання академічних знань, критичних міркувань та спілкування (з колегами, пацієнтом

та членами його сім'ї). Найважливішим є те, що лікар не повинен заподіяти шкоду пацієнту або ж провести медичне втручання без інформованої згоди пацієнта.

Отже, емпатія важлива, оскільки вона дозволяє лікареві зрозуміти, що може відчувати пацієнт, на що може сподіватися пацієнт з точки зору клінічного результату (наприклад, чи вважатиме пацієнт літнього віку прийнятним наслідком втручання обмежену рухливість?) У випадку, коли втручання болюче або лякає (як у випадку з люмбальною пункцією або ж хірургічним втручанням) критично важливим є повноцінне спілкування лікаря із пацієнтом з обов'язковим обговоренням причини втручання, того, що буде відчувати пацієнт протягом та після втручання, ризики та можливі небезпечні наслідки.

Прояв співчуття також є важливим під час розмови з пацієнтом.

Наприклад, виконуючи ін'єкцію та вводячи голку, лікар, який виявляє емпатію, але не проявляє співчуття, сказав би: «Буде боляче, але біль не триватиме довго, тому не метушіться».

Лікар, котрий виявляє і емпатію, і співчуття сказав би: «Я хочу попередити вас, що, можливо, ви відчуєте, ніби щось вжалило вас, але я зроблю це настільки швидко та безболісно, наскільки це можливо, тому спробуйте розслабитися і не надто зосереджуйтесь на цьому. За мить це завершиться».

Наведений приклад демонструє, яким важливим є вміння лікаря поєднувати емпатію та співчуття під час виконання своєї роботи.

Дайте відповідь на питання, що ж таки важливіше: емпатія чи співчуття? Або ж вони обидва однаково важливі?

Поміркуйте, чи існують обставини, за яких прояв занадто великого співчуття може заподіяти шкоду. Використовуючи власний досвід або ж спостереження, наведіть приклад.

Поширені помилки:

відповідати на запитання, перш ніж окреслили свої визначення термінів;

не замислюватись заздалегідь про різницю між цими двома поняттями та про те, як вони пов'язані з фахом лікаря або будь-якого іншого медичного працівника.

3. Як би ви пояснили пацієнту, що у нього/неї потрібно взяти ще один зразок крові через те, що результати останнього тесту було втрачено?

Уявіть себе на місці пацієнта. Про що він/вона може хвилюватися? Пацієнт пройшов/пройшла процедуру, яка, можливо, йому/їй здалася некомфортною, і, не з власної вини, його/її просять пройти її знову. Його/її також можуть турбувати проблеми конфіденційності, пов'язані з втратою зразка крові.

У такому випадку вам важливо спілкуватися із пацієнтом чітко і ввічливо, дати йому/їй зрозуміти, що сталося, щоб пацієнт не сумнівався/лася у тому, що це справді сталося. Не використовуйте евфемізми (пом'якшувальні або маскувальні слова). Уявіть себе на місці пацієнта, вислухайте його/її проблеми та все те, що він/вона говорить. Ви можете сказати: «Мені дуже шкода, що вам доведеться здати ще один зразок крові».

Поміркуйте, можливо, варто сказати: «Я можу уявити, що ви відчуваєте розчарування з цього приводу, оскільки ви чекали і ще не отримали результатів аналізів крові».

І також: «Я запевняю вас, що ми не будемо ділитися результатами вашого тесту ні з ким, хто не входить до групи медичних працівників, які обслуговують вас. Я розумію вашу стурбованість тим, що результати вашого останнього тесту було втрачено, але ми дуже серйозно ставимося до питань конфіденційності і зробимо все можливе, щоб конфіденційність було збережено».

Поширені помилки:

говорити різко, неввічливо чи відсторонено. Це, ймовірно, ще більше засмутить пацієнта, який вже багато через що пройшов;

використовувати евфемізми, що можуть ввести пацієнта в оману або заплутати його стосовно того, що сталося;

звинувачувати у тому, що сталося, інших людей. Навіть якщо це чиясь провина, це не покращить самопочуття пацієнта.

4. Чому медпрацівники, котрі є членами однієї медичної команди, повинні виявляти емпатію один до одного, а також до своїх пацієнтів?

Робота в охороні здоров'я (наприклад, у лікарні) може бути дуже напруженою та виснажливою. Колегам може знадобитися підтримка того, хто це добре розуміє. Позапрофесійні обставини можуть вплинути на здатність когось з членів команди виконувати свою роботу, і якщо ця людина вирішить поділитися з вами проблемами чи побоюваннями, важливо проявити емпатію і спробувати зрозуміти, що саме переживає колега.

Прояв розуміння між колегами покращує здатність команди до співпраці, а отже, покращує якість допомоги, що надається пацієнтам. Робота медпрацівника може бути травматичною або стресовою, і це може впливати особисто на членів команди. Наявність емпатійних колег, котрим не байдуже одне до одного, може допомогти команді почуватись більш позитивно, і це буде підтримувати в роботі.

5. Ви – лікар. Як би ви поводитись з батьками, які привезли дитину до приймального відділення лікарні невідкладних станів і сердяться через те, що їм доводиться довго чекати на огляд своєї дитини?

Лікарі іноді стикаються з «важкими» пацієнтами (мається на увазі не їхній фізичний стан, а «важкі емоційні/поведінкові прояви»), але за такого сценарію важливо продемонструвати емпатію та зрозуміти, що у людини, як правило, є причина поводитись саме так. Спробуйте застосувати техніку ICE (ideas, concerns and expectations) – ідеї, проблеми та очікування. Поясніть, як би ви дізнались про те, чому батьки вважають (ідеї), що їм доводиться довго чекати, чому вони переживають (проблеми) з цього приводу та що вони хочуть (очікування), щоб ви зробили у цій ситуації.

Припустіть, чому батьки можуть відчувати гнів у такій ситуації. Вони, швидше за все, хвилюються за свою дитину і можуть вважати, що персонал робить недостатньо для того, аби пацієнт був оглянутий якнайшвидше. Обговоріть, як би ви спробували заспокоїти батьків. Важливо розуміти, що батьки (родичі), дитину яких доставлено до приймального відділення лікарні швидкої допомоги, можуть бути дуже засмученими, і ви повинні продемонструвати, що хочете допомогти їм бути впевненими, що їхня дитина отримає найякіснішу допомогу та догляд. Батьки або пацієнти у приймальному відділенні лікарні швидкої допомоги також можуть бути в стані стресу з причин, про які ви можете навіть не думати і не здогадуватися. Ось чому так важливо вислухати пацієнта, надати йому можливість пояснити свою ситуацію, а ви у відповідь могли б надати відповідну підтримку, наприклад, дозволити йому користуватися телефоном.

Поширені помилки:

забути про пацієнта/батьків. Пояснити, як ви могли би взяти ситуацію під контроль, прекрасно, але людей завжди більше цікавить, як ви виявляєте емпатію до когось, хто засмучений або переживає стрес, і вирішуєте їхні проблеми;

небажання запитати людину про її погляд на ситуацію. Техніка ICE – це саме те, чим варто скористатися у подібному сценарії.

5. Розкажіть про випадок, коли ви виявили емпатію. Пов'яжіть свою відповідь з медициною і з тим, чому якість емпатії так необхідна в медичній професії, та як ваш приклад допомагає вам почуватись (до певної міри) підготовленими до практичної діяльності.

Ваш приклад повинен бути конкретним для вас (базуватись на вашій конкретній ситуації). Розгляньте як вербальні, так і невербальні інструменти, якими ви можете скористатися, виявляючи емпатію. Справа не лише в тому, що ви говорите, але і в тому, як ви це говорите!

Частина ваших роздумів може включати в себе те, що ви зробили б інакше. Це продемонструє вміння робити висновки з власного досвіду.

Поширені помилки:

Не концентруватись на власних історіях, а говорити про ситуації, коли ви були свідками прояву емпатії іншими лікарями. У цьому випадку це не має значення, оскільки важливо почути саме про ваш досвід.

Розповідати історію (ваш приклад), не замислюючись і не розширюючи свою емпатійну поведінку - легко загубитися в «розповіді історії» та базіканні.

Забувати пов'язати свої аргументи з медициною і з тим, чому ситуація, яку ви описуєте, свідчить про те, що одного разу ви станете хорошим студентом-медиком/лікарем.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТА УСВІДОМЛЕННЯ ВЛАСНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ ЯК ЗВОРОТНІЙ БІК ЕМПАТІЇ

Навички клінічної комунікації міцно пов'язані з емоційними компетенціями – тож під час навчання варто практикувати та вивчати їх разом. Здатність медиків ідентифікувати власні емоції та управляти ними може покращити загальне самопочуття через профілактику стресу та вигоряння. Критично важливим є вміння розпізнавати свої автоматичні емоційні реакції – адже саме вони найчастіше спричиняють конфлікт, токсичність у відносинах та вигоряння. Отже, подивимося, як ми можемо самостійно досліджувати свої почуття.

Досліджувати свої почуття можна під час або після самої події. Під час – означає бути в процесі, коли ви комунікуєте, дуже свідомим/свідомою, – насильки, щоб осмислювати емоційну складову вашої комунікації та коригувати її. Після події корисно пригадувати зміну своїх емоцій та аналізувати свою поведінку, щоб підвищувати свою усвідомленість, цікавість та знайти нові варіанти, якими можна замінити автоматичні реакції або швидко засудження інших.

Спостерігайте за своїми навичками:

Ідентифікувати емоції (свої та інших людей): зауважте, на що ви реагуєте, на що реагують інші, як емоції впливають на ваші комунікації.

Наприклад, колега саркастично заявляє вам в присутності інших, що ви забули поділитися з ним критично важливою інформацією про пацієнта. Ви гнівно відповідаєте, що він міг би і сам подивитися у карту пацієнта.

Аналізувати причини цих емоцій. Чому ви відреагували? Чому інша людина відреагувала? Що викликало ваш (наприклад) гнів? Або сарказм вашого колеги (сарказм - це зазвичай теж непрявлений гнів)? Спитайте себе: чи ви можете відступити від автоматичної емоційної реакції та замість неї застосувати емпатію? Як це може виглядати?

Ви відчуваєтеся винним та пораненим. У вас проблеми вдома, і ще якось замало сил на роботі. Ви відчуваєтеся приниженим в присутності інших. Колега розчарований та розгніваний тим, що йому довелося робити більше роботи в умовах, коли вже й без того завдань по вуха та він сам на грані вигорання.

Діяти свідомо та будувати відносини. Розуміння своїх емоцій та джерел їх виникнення може допомогти знайти шлях у розмові з іншою людиною. Можна вибачитися, можна пояснити, що викликало такі бурхливі почуття, можна дати більше визнання внеску/роботі/емоційному стану іншої людини. Зближення починається з маленьких кроків.

Поговоріть з колегою віч-на-віч. Почніть з щирого вибачення за те, що саме недокомунікували і це спричинило для колеги додаткове навантаження. Поділіться, що маєте проблему вдома, та тим, як складно вам останнім часом утримувати фокус на роботі. Визнайте те, що колега також знаходиться під тиском, і що ви додали до нього ще напруження. Ваш колега, скоріш за все, прийме вибачення та вибачиться за те, що принизив вас перед іншими людьми, й побажає вам, щоб сімейні проблеми знайшли своє рішення. Ви подякуєте колезі та запропонуєте піти разом на каву чи випити чаю.

Група рівних для підвищення власної обізнаності: створіть маленьку групу рівних з колегами (її також можна запропонувати створити зі студентами) та щотижня збирайтеся на півгодини, щоб поділитися своїми спостереженнями та висновками з досвіду. Спостерігати, формулювати, озвучувати ваші переживання – корисна практика для розвитку емоційних компетентностей.

Ви можете дізнатися більше з моделі Guide to the iCARE-Haaland Model Resources • CONNECT (tghn.org) – міжнародного дослідницького проекту, спрямованого на розробку універсальних емоційних компетенцій працівників охорони здоров'я з різних країн.

Кейс Тетяни

Частина 1

– Якщо аналізи підтвердять мою підозру, то ваша хвороба не лікується, а переросте в онкологію.

– Як? Зовсім не лікується?

– Ні.

5 хвилин тиші.

–А що мені робити?

Тиша. Кожен сидів у своїй тиші та своєму болю.

Можливі питання до обговорення:

Що пішло не так? *(Тут можна поговорити про закритість лікаря, про занадту краткість, про відсутність діалогу, підсумовування та плану).*

Чи наважилися б ви на місці пацієнтки на повторний візит до цього лікаря? Чому так, чи чому ні? *(Тут можна дослідити страхи та різне сприйняття слухачів – власне, люди бувають різними: одні повернуться, а інші – ні).*

Що лікар(ка) міг/могла б зробити інакше? *(Дивіться розділ про Калгарі-Кембріджську модель консультування в Темі 3).*

Як виглядала б більш емпатійна комунікація? *(Тут можна застосувати інформацію з Темі 3 щодо структури консультації та з Темі 6 щодо повідомлення поганих новин).*

Частина 2

Це історія моя та мого гінеколога. Я дуже злилась за те, що вона зі мною так. Чому не можна було по-людськи поговорити про усе? Я вже встигла поставити на ній тавро «непрофесіонал», та щось-таки в цій історії не відпускало мене. Хотілось поставити крапку в цьому всьому, тому знову прийшла до неї. Та цього разу усе було по-іншому, вона доброзичливо, привітно та зі співчуттям говорила зі мною. Це були дві різні людини. І тут я зрозуміла, що потрапила не в історію про «непрофесіоналізм», а в історію, коли біль та почуття заважають лікарю бути ефективним на роботі та дбайливо ставитись до пацієнтів.

Можливі питання до обговорення

Як ви думаєте, чому наступного разу лікарка поведилась інакше? *(Тут можна поговорити про її емоційний стан, можливу нестачу навичок емпатійної відповіді, повідомлення поганих новин та консультування загалом, про те, як її переживання впливають на її комунікації).*

Що допомогло лікарці змінити поведінку під час наступного візиту пацієнтки? *(Тут можна обговорити відкритість пацієнтки до діалогу і те, як схожа стратегія може працювати в обидва боки).*

Який ми можемо зробити для себе висновок з цього кейсу? *(Навички, емоційні компетенції, більше усвідомлення).*

Важко розуміти інших, якщо не розумієш себе

Емоції пронизують усі сфери нашого життя і керують нами у ті моменти, коли ми стикаємося з труднощами чи завданнями, які є надто важливими, щоб покладатися лише на розум. Хочемо ми цього чи ні, емоції завжди є у нашому житті: вони виникають як реакції на подразники. Протягом життя людина накопичує досвід сприйняття різних емоцій (як власних, так і чужих), який трансформується в імпульси, що проявляються як відповідь на конкретну ситуацію. Від якості та обсягу цього досвіду залежить наше вміння розпізнавати та використовувати на свою користь ту чи іншу ситуацію. Важко розмежувати особисте та професійне, щоб геть не піддаватись емоціям на роботі, тому варто вчитись давати їм раду.

Тут на допомогу приходить емоційний інтелект (EI), адже саме він повертає важелі управління ситуаціями в наші руки, дає доступ до сховища раціональних знань у нашому мозку.

Вперше термін «емоційний інтелект» вжили американські психологи Дж. Майєр і П. Саловей (1990). На думку цих учених, емоційний інтелект є сукупністю когнітивних здібностей до ідентифікації, розуміння та управління емоціями. Майєр і Саловей також розробили відомий тест для визначення рівня емоційного інтелекту.

Деніел Гоулман 1995 року визначив такі 5 здібностей, що лежать в основі емоційного інтелекту:

Усвідомлення власних емоцій (самосвідомість) – уміння розпізнати свої емоції, коли вони виникають; є основою емоційного інтелекту. Здатність постійно відслідковувати почуття є надзвичайно важливою для психологічної проникливості та самопізнання. Люди, котрі з впевненістю можуть сказати, що саме відчувають, виявляються кращими «пілотами» свого життя, адже вони менше сумніваються у правильності будь-яких своїх рішень.

Управління емоціями – вміння слідкувати за тим, щоб емоції відповідали ситуації, у якій перебуває людина. До управління емоціями належать: вміння заспокоїти себе, вміння позбуватися надмірної тривоги, пригнічення, дратівливості. Люди, у яких ці навички розвинені погано, страждають від надмірних почуттів і намагаються з ними боротися, а ті, хто добре опанував їх, набагато швидше повертають собі рівновагу після пережитих неприємностей або переживань.

Самотивація – скерування емоцій у правильне русло сприяє концентрації уваги, підвищує самоконтроль, допомагає стати креативнішим і допомагає нам досягати поставлених цілей.

Вміння розпізнавати емоції інших людей (емпатія) – є найважливішою навичкою з тих, що необхідні для роботи з людьми. Ті, у кого емпатія розвинена краще, є чутливими, навіть до найменших сигналів, які вказують, чого хочуть або потребують інші. Це допомагає емпатичним людям досягти успіху в професіях, що пов'язані як з управлінням, так і з турботою про інших.

Уміння будувати стосунки полягає в умілому поводженні з емоціями інших людей. Сюди входять соціальна компетентність і пов'язані з ними специфічні навички. Саме ці вміння підкріплюють популярність та лідерські якості людини й підвищують ефективність міжособистісного спілкування. Люди, котрі добре володіють умінням будувати стосунки, можуть відмінно впоратися з будь-якою справою, що вимагає хисткої та вправної взаємодії з іншими людьми. Вони є зірками у сфері спілкування.

Ці компоненти емоційного інтелекту відповідають почерговим крокам до його розвитку.

Розглянемо детальніше основні кроки у цьому процесі:

Усвідомлення емоцій – на цьому етапі важливо навчитися сприймати події навколо себе через призму емоцій та бачити емоції там, де зазвичай прийнято помічати лише холодний розрахунок і раціональні дії.

Формування навичок «читати» емоційний зміст подій може відбуватися за допомогою:

- поглиблення знань про зв'язки між раціональними зонами неокортексу та емоційними органами лімбічної системи головного мозку;
- аналізу кейсів із погляду ролі в них емоційного інтелекту;
- аналізу емоційних малюнків власної поведінки;
- ведення щоденника емоцій.

Управління емоціями та самомотивація неможливі без проходження етапу усвідомлення власних емоцій.

Вміння розпізнавати емоції інших людей (емпатія) – важливо, що ефективний розвиток цього компоненту емоційного інтелекту є неможливим без вправного засвоєння попередніх. Бо тільки навчившись розуміти та приймати себе у різних емоційних станах та проявах, ми вчимося розуміти та приймати інших.

Уміння будувати стосунки – останній крок розвитку емоційного інтелекту. Це уміння передбачає засвоєння стратегії управління своїми емоціями та емоціями інших людей для досягнення спільних цілей.

Діагностика рівня емоційного інтелекту є першою ланкою у ланцюзі його розвитку – тож у додатку ви знайдете Опитувальник «емоційного інтелекту» Н. Холла, що допоможе визначити рівень розвитку кожного компоненту вашого EI, а також вправи та техніки, які допоможуть краще керувати власними емоціями.

Проявляйте чуйність та уважність до себе. Це допоможе будувати емпатичні та довірливі стосунки із вашими пацієнтами.

Опитувальник «емоційного інтелекту» Н. Холла

Інструкція: Нижче вам будуть запропоновані висловлювання, які в той чи інший спосіб відображають різні аспекти вашого життя. Будь ласка, напишіть у відповідній клітинці бланку праворуч боку від номера кожного висловлювання число балів, виходячи з оцінки ваших відповідей:

Повністю не згоден/згодна (–3 бали)

В основному не згоден/згодна (–2 бали)

Частково не згоден/згодна (–1 бал)

Частково згоден/згодна (+1 бал)

В основному згоден/згодна (+2 бала)

Повністю згоден/згодна (+3 бала)

Бланк відповідей:

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

Питання для опитувальника

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції є джерелом знання про те, як чинити в житті.
2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен/повинна змінити у своєму житті.
3. Я спокійний/спокійна, коли відчуваю тиск із боку інших.
4. Я здатний/здатна спостерігати зміну своїх почуттів.
5. Коли необхідно, я можу бути спокійним/спокійною і зосередженим/зосередженою, щоб діяти відповідно до запитів життя.
6. Коли необхідно, я можу викликати в собі широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.
7. Я стежу за тим, як я почуваюся.
8. Після того, як щось зіпсувало мені настрій, я можу легко оволодіти своїми почуттями.
9. Я здатний вислухати проблеми інших людей.
10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.
11. Я чутливий/чутлива до емоційних потреб інших.
12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.
13. Я можу спонукати себе знову і знову встати перед лицем перешкод.
14. Я намагаюсь підходити до життєвих проблем творчо.
15. Я адекватно реагую на настрій, спонукання й бажання інших людей.
16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності й зосередженості.
17. Коли дозволяє час, я звертаюсь до своїх негативних почуттів і розбираюсь, у чому проблема.
18. Я здатний/здатна швидко заспокоїтися після неочікуваного засмучення.
19. Знання моїх справжніх почуттів важливе для підтримки «хорошої форми».

20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть коли вони не виявлені відкрито.
21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.
22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.
23. Я добре схоплюю знаки в спілкуванні, які вказують на те, чого потребують інші.
24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших людей.
25. Люди, які усвідомлюють свої дійсні почуття, краще управляють своїм життям.
26. Я здатний/здатна покращити настрій інших людей.
27. Зі мною можна порадитися з питань стосунків між людьми.
28. Я добре налаштовуюсь на емоції інших людей.
29. Я допомагаю іншим використовувати їхні спонукання для досягнення їхніх особистих цілей.
30. Я можу легко відключатися від переживань і неприємностей.

Обробка й інтерпретація результатів:

Додайте і запишіть результати за кожною шкалою.

Шкала «емоційна обізнаність» – пункти 1, 2, 4, 17, 19, 25.

Шкала «управління своїми емоціями» – пункти 3, 7, 8, 10, 18, 30.

Шкала «самотивація» – пункти 5, 6, 13, 14, 16, 22.

Шкала «емпатія» – пункти 9, 11, 20, 21, 23, 28.

Шкала «розпізнавання емоцій інших людей» – пункти 12, 15, 24,

26, 27, 29.

Рівні розвитку компонентів емоційного інтелекту:

14 і більше – високий рівень. Його показниками є не лише розрізнення емоцій чи можливість керувати ними, а й здатність розуміти, як вираження людиною власних емоцій впливає на інших людей, і враховувати це у своїй поведінці;

8-13 – середній рівень. Свідчить про здатність розрізняти емоції інших людей, справлятися із власними негативними переживаннями, адекватно виражати свої емоції;

7 і менше – низький рівень. Свідчить про те, що людина погано розуміє свої емоції та емоції інших людей, не вміє керувати власними емоціями та співпереживати іншим.

Загальний рівень розвитку EI:

70 і більше – високий;

40-69 – середній;

39 і менше – низький.

Корисні техніки для розвитку емоційного інтелекту

Карта емоцій

Емоція	Причини появи	Фізичні прояви	Думки, що супроводжують під час переживання емоції	Люди з якими пов'язують
Гнів				
Відраза				
Страх				
Подив				
Радість				
Сум				

Приділіть декілька хвилин вашого часу та спробуйте зрозуміти для себе роль кожної емоції у вашому житті. Додавайте до списку інші емоції, які можете розпізнати в собі.

Щоденник емоцій

Налаштуйте декілька нагадувань протягом дня під назвою «Мої емоції» (7-10 нагадувань). Запитайте себе в момент нагадування:

Що я відчуваю в цей момент?

Яка це емоція?

Наскільки вона яскрава?

Що її викликає?

Занотуйте зв'язок між вашими думками і емоціями.

Після цього зробить рефлексію та проаналізуйте свій щоденник:

які емоції у вас переважають?

що стало причиною цих емоцій?

наскільки ці емоції були яскравими?

скільки різних емоцій ви відчули?

Як керувати емоціями?

Існує нескладна техніка, яка допоможе вам швидко зрозуміти, яку емоцію ви зараз відчуваєте, та розпізнати її причину, а також покаже можливі варіанти виходу із ситуації, що трапилась.

Червоне світло

дозвольте собі відчути цю емоцію (генерація емоції). Назвіть її.

Жовте світло

подумайте, чому вона виникла, як ви почуваетесь, де саме у власному відчуваєте цю емоцію і що це за відчуття. Проаналізуйте варіанти виходу з ситуації (усвідомлення емоції).

Зелене світло

дійте за планом, який здається найкращим (вираження емоцій).

Чек-лист самодопомоги під час сильних емоцій

- **Не блокуйте емоції.** Придивіться до того, що вам болить і про що емоції вам сигналізують.
- Створіть для себе карту причинно-наслідкових зв'язків і спробуйте зрозуміти, **що стало причиною цих емоцій.**
- Зосередьте увагу на виявлених «болях» і подумайте, **як ви можете вплинути на них.**

Корисні техніки під час сильних емоцій

Техніка стабілізації 1

- Роздивіться навколо себе та знайдіть очима 5 предметів синього або зеленого кольору. Назвіть їх.
- Прислухайтесь та почуйте 4 різні звуки. Назвіть їх.
- Доторкніться рукою та відчуйте 3 різні поверхні. Назвіть, які вони на дотик.
- Відчуйте два різні запахи. Назвіть їх.
- Визначте щось на смак. Назвіть, що ви відчули на смак. (Можливо, ви відчуєте смак у роті, а якщо маєте можливість, то випийте трішки води та відчуйте, який у неї смак).

Техніка стабілізації 2

Зробіть глибокий вдих та видих. Повільно озирніться навколо і знайдіть:

- 5 речей, які ви бачите,
- 4 речі, до яких ви доторкаєтеся,
- 3 звуки, які ви чуєте,
- 2 запахи, які відчуваєте,
- 1 емоцію, яку ви зараз проживаєте.

Дихальна вправа 1

Зручно ляжте на спину, зігніть ноги в колінах і поставте стопи на підлогу (або кушетку).

Глибоко вдихніть та порахуйте до п'яти. Переконайтесь, що ваш живіт піднімається, а груди, плечі та поперек не відриваються від підлоги/кушетки.

Повільно видихайте, рахуючи до п'яти. Намагайтеся притиснути живіт до спини. Зробіть два підходи по 10-20 глибоких вдихів та видихів.

Дихальна вправа 2

«Дихання за квадратом»: на 1, 2, 3, 4 вдихаємо повітря, на 1, 2, 3, 4 затримуємо дихання, на 1, 2, 3, 4 видихаємо і на 1, 2, 3, 4 знов затримуємо дихання. М'яко і повільно вдихаємо повітря через ніс, видихаємо ротом. Потроху уповільнюйте темп, в якому рахуєте. Якщо виконувати цю вправу кілька хвилин, хвилювання зменшується.

Техніка на дослідження власних ресурсів

Як у мене з ресурсами?

- Згадайте труднощі, які вам вдалося подолати раніше. Що вам у цьому допомогло?
- Випишіть усі свої сильні сторони. Додавайте до нього всі, які ще помітите чи пригадаєте.
- Складіть свій список справ, які допомагають відновлювати ресурси та емоційну енергію.
- Заплануйте собі хоча б щось із цього списку на найближчий час.

Практика вдячності

Вдячність допомагає відпускати зайве, насолоджуватися радісними моментами і робить нас наповненими.

- Подумайте і складіть список того, за що ви вдячні своїй роботі.

- Складіть список того, за що (й кому або чому) ви вдячні за цей місяць.
- Складіть список того, за що (й кому або чому) ви вдячні за цей тиждень.
- Складіть список того, за що (й кому або чому) ви вдячні за цей день.

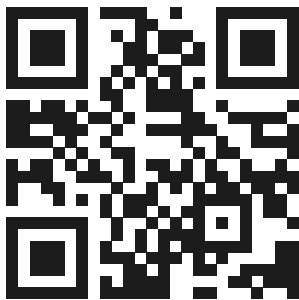
Питання у рефлексивний щоденник:

Що ви відчували протягом заняття? Що нового дізналися про себе, про групу? Як будете використовувати ці знання? Чого навчилися? Як набуті знання та вміння можуть стати в нагоді в майбутньому? Що було важливим? Над чим ви замислилися? Що відбувалося з вами? Що потрібно розвивати на майбутнє?

Література та електронна

версія заняття:

bit.ly/3Do6RtJ



ТЕМА 3

Довіра в стосунках
з пацієнтом.
Консультація як простір
для побудови
партнерських відносин



ТЕМА 3

ДОВІРА В СТОСУНКАХ З ПАЦІЄНТОМ. КОНСУЛЬТАЦІЯ ЯК ПРОСТІР ДЛЯ ПОБУДОВИ ПАРТНЕРСЬКИХ ВІДНОСИН

З усією увагою до деталей зібрано, структуровано та вперше перекладено українською Анастасією Горецькою, Оленою Коротун, Тетяною Щудровою



Анастасія Горецька, керівник психологічної служби
Навчально-наукового інституту якості освіти,
Харківський національний медичний університет



Олена Коротун, доцентка кафедри педіатрії
та дитячих інфекційних хвороб, Буковинський
державний медичний університет



Тетяна Щудрова, доцентка кафедри фармакології,
Буковинський державний медичний університет

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

- знати структуру консультації;
- вміти аналізувати невербальні символи під час комунікації з пацієнтом.

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	як будувати довіру в стосунках з пацієнтом;	досягнення взаєморозуміння та довіри;
	консультація як простір для побудови відносин.	побудова партнерських відносин;
		відкриті запитання;
		вербальна та невербальна комунікація;
		дослідження емоцій пацієнта; емпатія.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина – 5 хв.

Перевірка початкового рівня знань (тестовий контроль). Електронні (бажано) або паперові форми – 10 хв.

Короткий розбір теоретичного матеріалу (міні-лекція). Як альтернативний варіант – усне опитування/інтерактив/демонстрація відео – 20 хв.

Розбір реальних кейсів. Як варіант пропонується обговорення кейсів у малих групах – 20-40 хв

Сценарій з симуляційним пацієнтом з відеофіксацією – 20-30 хв.

Дебрифінг – 30 хв.

Повторний сценарій зі зміною параметрів – 15 хв.

Повторний дебрифінг – 15 хв.

Заключний тестовий контроль рівня теоретичних знань – 5 хв. (за бажанням).

Підбиття підсумків, оголошення оцінок – 10 хв.

Усього 180 хвилин

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

МОДЕЛЬ КЛІНІЧНОЇ КОНСУЛЬТАЦІЇ КАЛГАРІ-КЕМБРИДЖ

(адаптовано з: Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. Skillsfor Communicating with Patients. 3rd ed. London: CRC Press, 2013)

Мета впровадження:

- покращити досвід пацієнтів та їх сімей,
- підвищити безпеку пацієнтів,
- заохотити персонал до застосування кваліфікованого та пацієнт-центованого підходу під час взаємодії з пацієнтами та їхніми сім'ями.

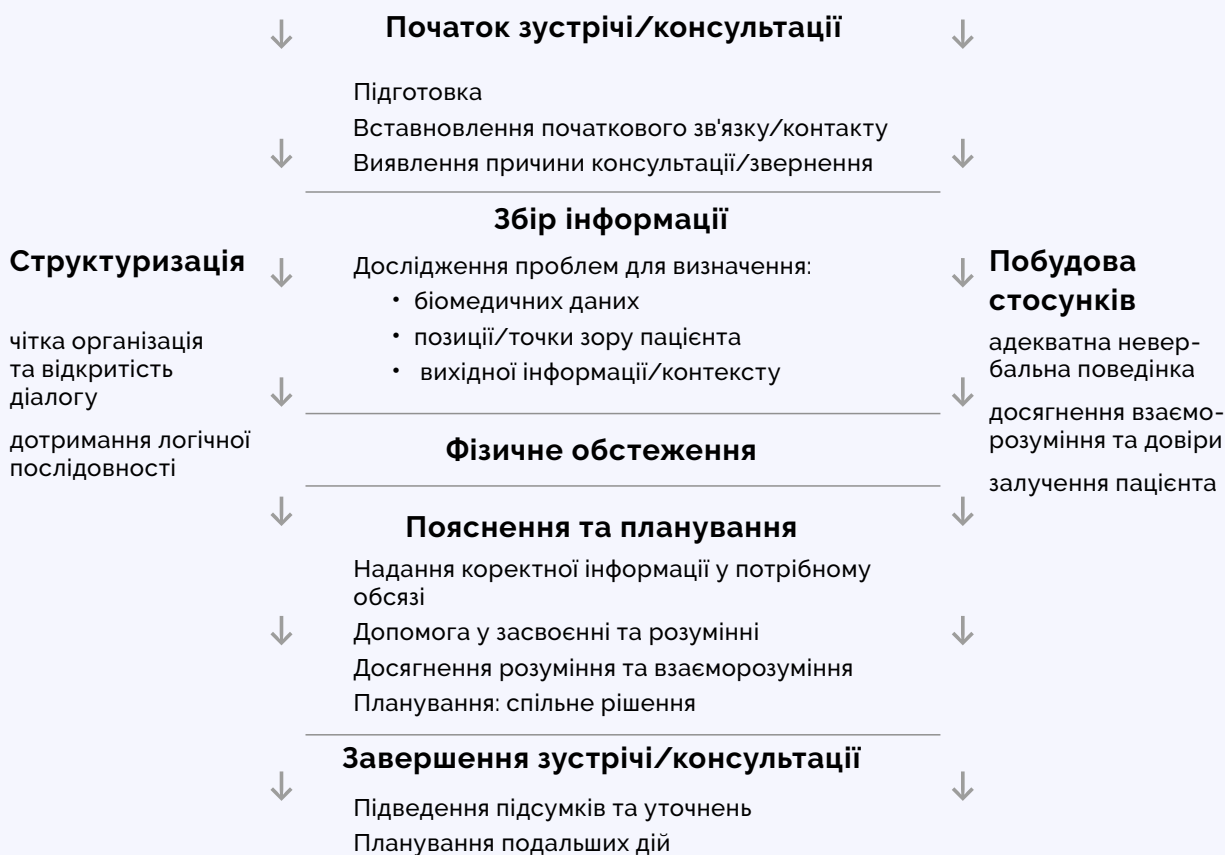


Рис. 6. Структура клінічної консультації Калгарі-Кембридж

Початок зустрічі/консультації

1. Підготовка
2. Встановлення початкового зв'язку/контакту
3. Виявлення причини консультації/звернення

- привітати пацієнта та дізнатися ім'я;
- представити себе, свою роль та характер співбесіди; за необхідності отримати згоду;
- продемонструвати повагу та зацікавленість у фізичному комфорті пацієнта (видалити бар'єри);
- впевнитись у готовності та комфорті пацієнта;
- визначити основну причину звернення/консультації:

*не вживаємо слово «скарга»,
«Що вас непокоїть/турбує?»*

- визначити часові межі;
- визначити проблеми/скарги пацієнта або проблеми, які пацієнт хоче вирішити, за допомогою відповідного початкового запитання:

«Які проблеми привели вас до лікарні (поліклініки/амбулаторії/клініки) сьогодні?»

«Чим я можу вам допомогти (сьогодні)?»

«Що б ви хотіли сьогодні обговорити?»

«На які питання ви сподіваєтесь отримати відповідь сьогодні?»

- уважно вислухати вступне слово пацієнта, не перериваючи та не спрямовуючи його/її розповідь;
- підтвердити отриманий список скарг та попросити доповнити, щоб зібрати більш повну інформацію та розставити пріоритети:

«Отже, турбує головний біль і відчуття втоми. Щось ще?» – повторити мінімум тричі впродовж 2 хв.

- обговорити порядок денний з урахуванням потреб пацієнта та лікаря.

Невербальна комунікація

Три канали передачі інформації:

- вербальні засоби (слова),
- звукові засоби (інтонація, тембр, темп мови),
- невербальні засоби (міміка, жести, відстань).

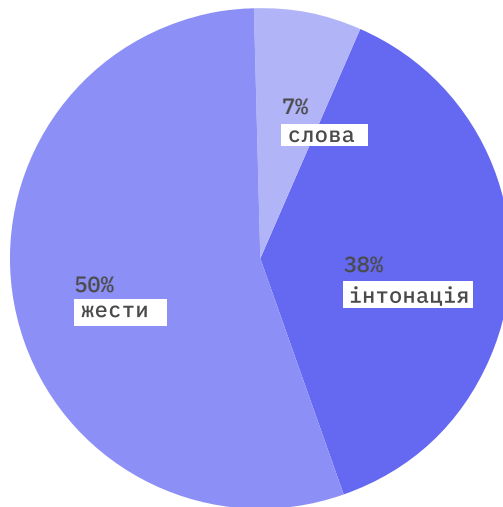


Рис. 7. Засоби комунікації

Яким чином невербально ми можемо продемонструвати зацікавленість та встановити продуктивний контакт:

- встановити зоровий контакт;
- встати назустріч пацієнту, показати, де він/вона може розміститися, залишити свої речі (відкриті жести, що вказують, + слова);
- відкласти в сторону телефон та не відволікатися на нього;
- нахил тіла (спрямований на пацієнта);
- інтонаційно давати зрозуміти, що ми уважно слухаємо («зрозуміло, ясно, продовжуйте»);
- за можливості уникаємо фізичних бар'єрів (стіл між лікарем і пацієнтом);
- не варто стояти, височіючи над пацієнтом.

Збір інформації

- дослідження проблем пацієнта для визначення біопсихосоціальної історії:

біомедичних даних,

позиції/точки зору пацієнта,

вихідної інформації/контексту

- заохочувати пацієнта розповідати своїми словами про проблему з моменту її виникнення до теперішнього часу;
- використовувати відкриті та закриті типи питань, переходячи від відкритих до закритих;
- уважно слухати, надавати пацієнту можливість висловитися до кінця, не перебиваючи і даючи йому/їй час зібрatisя з думками, перш ніж відповісти на питання, або продовжувати відповідь після паузи;
- заохочувати пацієнта до розповіді за допомогою вербальних і невербальних сигналів, використовуючи підбадьорення, мовчання, повторення, перефразування, уточнення;
- помічати вербальні і невербальні сигнали (мову тіла, манеру говорити, вираз обличчя, настрій), визначаючи їх значення;
- уточнювати незрозумілі твердження пацієнта, або такі, що потребують пояснення:

«Не могли б ви уточнити, що ви маєте на увазі?»

«Опишіть своє запаморочення»

- періодично підсумовувати почуте, щоб з'ясувати, наскільки правильно лікар зрозумів слова пацієнта, пропонувати пацієнтові виправити невірно витлумачене або продовжити розповідь далі (***«Отже, наскільки я вас зрозумів/ла, вас турбує...»***)
- використовувати короткі, зрозумілі питання і коментарі, уникати жаргону і складних термінів;
- встановлювати дати і послідовність подій.

Виявлення емоційної реакції пацієнта на симптоми та його/її персонального контексту. Тріада ICE (ideas, concerns, expectations) допомагає дослідити та зрозуміти :

- позицію та емоції пацієнта;
- І – ідеї/уявлення та переконання пацієнта щодо причини проблеми;
- С – страхи та переживання пацієнта щодо кожної проблеми;
- Е – очікування пацієнта: мета звернення та очікування від лікування;
- вплив на життя: як саме кожна проблема впливає на життя пацієнта.

Заохочувати пацієнта до висловлювання емоцій та почуттів:

«Які почуття це викликає у вас?»

«Як це впливає на ваше життя?»

Виявити емпатію: виказувати емоції, розуміння, повагу та підтримку;

- зібрати особистий, сімейний, медичний, соціальний анамнез.

Навичка:

відкриті запитання & невербальна комунікація

- заохочувати пацієнта розповідати своїми словами;
- не перебивати;
- ставити відкриті питання;
- використовувати підбадьорення, мовчання, повторення («луна»), перефразування, уточнення, коротке підсумовування;
- помічати вербальні і невербальні сигнали; використовувати невербальну комунікацію: жести, мова тіла, міміка, манера говорити, вираз обличчя, настрої.

Навичка: дослідження емоцій

«Що ви відчуваєте з цього приводу? Розкажіть мені про свої почуття»

«Як цей хронічний головний біль впливає на ваше життя?»

«Що їх викликає чи провокує?»

«З приводу чого ви найбільше переживаєте/ що лякає?»

Навичка: емпатія (NURSE – name, understand, respect, support, explore)¹

¹ Детальніше про це в темі "Емпатія", стор. 165

N – name: назвати емоцію, щоб пацієнт зрозумів, що ви його почули;
U – understand: висловити розуміння;
R – respect: висловити повагу до пацієнта;
S – support: висловити підтримку;
E – explore: розкрити емоції пацієнта ще глибше за допомогою запитання.

Розуміння емоційного стану пацієнта

Кожна емоція має певну соціальну функцію. Розуміння емоцій іншого значно полегшує комунікацію та дозволяє попереджати конфлікти.

Базові емоції:

гнів – для відстоювання кордонів та відновлення справедливості;

печаль та сум – для отримання підтримки та відгуку та для адаптації з відсутністю чогось важливого, що раніше існувало;

страх – для реалізації унікаючої поведінки, демонстрації відчуття загрози;

здивування – для демонстрації нерозуміння, розгубленості, для виграшу часу, аби з'ясувати і зрозуміти ситуацію;

інтерес та збудження – для кроків в напрямку того, що потенційно сприятиме задоволенню;

радість – для демонстрації довіри, безпечного середовища, наміру зблизитись;

відраза – для сигналу, що щось є потенційно «заразним»;

сором та провина – регулятори соціальних норм та правил.

Існує безліч похідних емоцій (туга, смуток, роздратування, заздрість, презирство...), але в них завжди є одна чи більше базових. Коли ми розуміємо емоцію пацієнта – ми можемо його «читати» та демонструвати порозуміння.

Наші задачі:

- не ігнорувати емоції ані пацієнта, ані власні. Емоції можуть впливати на пацієнта досить сильно, тож можуть бути прийняті емоційні рішення;
- віддзеркалювати емоції («Я бачу, ви у розпачі... я бачу, ви роздратовані... чи правильно я розумію, що ви розгублені?»);
- наявність емоцій дає нам розуміння, а їхня тотальна відсутність може вказувати на ступор, емоційний шок, формальний контакт з ігноруванням особистості людини, бажання відключитися.

Структуризація консультації

Додавати діалогу відкритості:

- наприкінці спеціальної серії питань підбивати підсумки, щоб упевнитися в правильному розумінні перш, ніж рухатися далі;
- переходити від одного блоку питань до іншого, повідомляючи про це і обґрунтовуючи.

Дотримуватися логіки:

- будувати бесіду в логічній послідовності;
- контролювати час і дотримуватися теми.

Побудова стосунків

Адекватна невербальна поведінка:

- зоровий контакт, вираз обличчя, поза, положення і рухи тіла, мова (висота, гучність голосу, інтонація);
- читати, робити нотатки або користуватися комп'ютером так, щоб не заважати діалогу чи взаємозв'язку.

Досягнення взаємозв'язку та довіри:

- прийняти погляди та почуття пацієнта, не засуджувати;
- використовувати емпатію, щоб показати розуміння почуттів та труднощів пацієнта, відкрито визнавати погляди та почуття пацієнта;
- надавати підтримку: висловлювати занепокоєння, розуміння, готовність допомогти, пропонувати партнерство.

Залучення пацієнта:

- ділитися думками з пацієнтом, щоб заохотити до діалогу;
- пояснювати та обґрунтовувати методи обстеження;
- під час фізичного огляду питати дозволу та пояснювати процес.

Пояснення та планування

Надавати конкретну інформацію у правильній формі:

- надавати інформацію дозовано і постійно перевіряти правильність її розуміння пацієнтом;
- оцінювати вихідні знання пацієнта, з'ясувати ступінь зацікавленості пацієнта в отриманні інформації;
- запитувати пацієнта, яка ще інформація буде корисною (етіологія, прогноз);
- надавати пояснення в потрібний час, уникаючи передчасних порад і висновків.

Допомагати засвоїти та зрозуміти інформацію:

- структурувати пояснення: поділити інформацію на окремі частини, зібрані в логічний ланцюжок;
- використовувати чіткі вказівки

«Я б хотів обговорити три важливих питання.»

«По-перше...»

«Зараз ми повинні перейти до обговорення...»

- використовувати повторення і підсумовування;
- бути лаконічним, використовувати просту і зрозумілу мову, уникати жаргонізмів чи термінів або пояснювати їх;
- використовувати візуальні методи передачі інформації: діаграми, моделі, письмові дані та інструкції;
- перевіряти розуміння отриманої пацієнтом інформації (наприклад, попросити пацієнта переказати почуте своїми словами), за необхідності зробити уточнення.

Досягти розуміння та взаєморозуміння:

- надавати пояснення у відповідності до раніше з'ясованих уявлень, переживань та очікувань пацієнта;
- заохочувати пацієнта до співпраці і надавати йому можливість ставити питання й запитувати пояснення або висловлювати сумніви, та надавати йому/їй відповідні відповіді;
- розпізнавати вербальні та невербальні сигнали, реагувати на них (наприклад: бажання пацієнта отримати інформацію або поставити питання, перевантаженість інформацією, втома);
- з'ясовувати та враховувати ставлення, реакцію і почуття пацієнта з приводу отриманої інформації і використаних термінів.

Аналіз невербальної поведінки пацієнта

Зверніть увагу, якщо пацієнт починає:

- дивитися на годинник, телефон,
- уникає зорового контакту (хоча раніше такий контакт був),
- бере свої речі та притуляє їх до себе (як людина на вокзалі),
- його тіло розвертається в бік дверей (обличчя при цьому може бути повернутим до вас),
- намагається збільшити дистанцію,

це означає, що він/вона вже бажає завершити контакт. Причини різні – брак часу, запізнюється, не відчуває розуміння, хоче до туалету, відчуває дискомфорт, наляканий/на, не розуміє вас.

Планування: прийняття спільного рішення

- за необхідності ділитися своїми думками, ідеями, дилемами;
- залучати пацієнта, роблячи пропозиції, а не даючи вказівки;
- заохочувати пацієнта висловлювати свої думки – ідеї, пропозиції і переваги;
- погодити взаємоприйнятний план;
- пропонувати вибір: заохочувати пацієнта приймати рішення на тому рівні, на якому він готовий це робити;
- звірятися з пацієнтом: чи згоден він/вона з планом, чи всі проблеми враховані.

Умови успішного роз'яснення та планування

Обговорення обстежень і маніпуляцій

- надавати точну інформацію про маніпуляції: що пацієнт може відчути і як він буде проінформований про результати;
- повідомити мету маніпуляцій, їхнє значення для лікування;
- заохочувати обговорення потенційних побоювань або негативних результатів.

Обговорення висновку/діагнозу та значущості проблеми

- висловлювати свою думку та обґрунтовувати висновки;
- пояснювати причини, серйозність, прогноз, короткострокові і довгострокові наслідки;
- з'ясовувати думки, реакцію і ставлення пацієнта з приводу даного висновку.

Під час складання спільного плану дій

- обговорювати варіанти (наприклад, не вживати ніяких дій, обстежитись, лікуватись медикаментозно, хірургічно або немедикаментозно), превентивні заходи;
- надавати інформацію щодо запропонованих дій або лікування (як вони працюють, переваги, можливі побічні ефекти);
- виявити сприйняття, вмотивованість пацієнта, імовірні бар'єри і побоювання з приводу планів і методів лікування;
- приймати погляди пацієнта, захищати альтернативну точку зору (за необхідністю);
- брати до уваги спосіб життя пацієнта, його переконання, культурні передумови і можливості;
- закликати пацієнта брати участь у реалізації планів, брати на себе відповідальність і бути самостійним;
- обговорювати системи підтримки пацієнтів, обговорювати інші доступні заходи підтримки.

Завершення зустрічі/консультації

Планування

- домовитися з пацієнтом про наступні спільні кроки;
- заходи безпеки: пояснити можливі неочікувані результати, що робити, якщо план не спрацює, коли і як шукати допомогу.

Завершення прийому

- коротко підбити підсумки зустрічі та уточнити план лікування або обстеження;
- востаннє запитати, чи погоджується пацієнт з планом, чи підходить він йому/їй, запитати про можливу корекцію, які ще виникли питання тощо.

Підсумовуючи теоретичну частину

Пацієнт – не жертва хвороби, пацієнт – партнер.

Лікар пропонує варіанти, пацієнт приймає рішення.

Відповідальність за результат – спільна (і лікаря, і пацієнта).

Уміння спілкуватись – основа клінічних навичок, найважливіша складова компетентності лікаря.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Приклади кейсів

Кейси А. Джерело – реальні відгуки пацієнтів на роботу лікарів з сайтів клінік України.

Кейси В. Джерело – реальні відгуки лікарів про пацієнтів із закритих професійних груп соцмереж.

Кейс 1 А

Стояла у неї на обліку під час вагітності. Як лікар толкова, а як людина – неприємна. Ніколи тобі хорошого слова, посмішки, якась суха і черства. А якщо настрою немає чи кінець дня, то взагалі виходиш від неї з прийому на негативі. Ще медсестра якась ненормальна. Я іноді відмовлялась від аналізів, які вважала непотрібними то лікар спокійно на це реагувала, нічого не доказувала і не впарювала. Так само і з лабораторіями – я здавала аналізи там, де хотіла, і до мене претензій не було. Ніяких взятків не вимагала і не заглядала в кишеню. Той випадок, коли нічого лишнього і все по ділу. Відгук позитивний, але більше б до неї на облік не ставала.

Кейс 2 А

Знайшла лікаря за рекомендаціями в інтернеті. Відгуки були як позитивні, так і негативні (йдеться про Лікаря *****). Нічого не можу сказати про компетенцію лікаря, а от точно можу сказати, що в неї специфічна манера спілкування з батьками і дітьми. Нетерпимість до дій дітей (не розумію, навіщо казати дитині, що якщо він і далі буде голосно кричати на перервах у школі, то йому будуть робити уколи у вуха). Потім дивні натяки, що якщо не було покращень, то мабуть ми не лікувались, хоча ми все робили за призначенням.

Для себе вирішила, що не готова більше сидіти на прийомі з відчуттям відрази і провини, тому більше до неї не звернусь.

Кейс 3 А

Лікувалась у цього лікаря з діагнозом «двостороння полісегментарна вірусна пневмонія». Склалося враження, що для лікаря головне – не лікування пацієнта, а заповнення лікарняного листа і чимшвидше спихнути пацієнта в стаціонар. У моєму випадку всі були переповнені, і мене нікуди не взяли. Я лікувалась вдома, добре, що друг чоловіка – лікар, і чоловік з ним порадився з приводу призначення необхідних ліків.

Кейс 4 А

Лікар ***** тупо хотів здерти гроші. На прийомі толком не слухав, сидів, клацав у телефоні, коли я розповідав про проблему, не призначив аналізи – одразу прописав лікування на кілька тисяч гривень.

Які навички консультування варто було б покращити?

Кейс 1 В

Дідові 99 років. Донька майже щодня дзвонить і розказує, що в нього сьогодні болить і пече, і питається, коли йому буде краще.

Кейс 2 В

Двоє старих з пневмоніями не хочуть антибіотиків. Аргумент – вони ж ніколи не хворіли.

Кейс 3 В

Сумний випадок про «світлий проміжок», але, можливо, повчальний для тих, хто думає, що лікар мало що розуміє, або для тих, кому важливо ОБС (одна баба сказала).

Пацієнт, стоячи у черзі на ПЛР, непритомніє, падає скроневою ділянкою на асфальт, надаємо першу мед.допомогу, приходить до тями, викликаю швидку + виписую ургентне направлення на стац. лікування з д-м: ЗЧМТ. П'ять разів підходив до нього – розказував, що він може почувати себе нормально, але декілька днів обов'язково має знаходитись в лікарні під спостереженням і дообстежитись, казав – добре, добре. Вчора помер вдома. Після того, як швидка його забрала, він написав відмову в лікарні. Сьогодні приходив слідчий – чи ніхто його там не вдарив...

Кейс 4 В

93 роки, виклик зі скаргами «дуже погано». На запропоновані на дому аналізи та ЕКГ відмова, «треба лікар, просто, щоб подивився». Добре. На виклику – гострих станів не виявлено. Основна скарга – сухість в роті. І претензії: чому не говорите точний час, коли приїдете на виклик, ми ж так нервуємося!

Які навички консультування варто було б застосувати?

Приклад сценарію з відеофіксацією в симуляційному центрі

Ви – лікар амбулаторного прийому. До вас на прийом приходить пацієнт (-ка), котрий(а) звернулась в плановому порядку на первинний огляд. Необхідно провести лише опитування пацієнта, завершити яке необхідно в той момент, коли ви готові перейти до огляду, повідомивши про це пацієнту. Результати проведеного опитування необхідно письмово оформити в запропонованій на ПК формі. Від початку ситуації дійте повністю самостійно, як ви робили б це в реальному житті.

Табл. 5.

Чек-лист з Калгарі-Кембриджської моделі проведення консультації

Дії лікаря	Опис/Критерії оцінки	Відмітка про виконання	Бали
Встановлення контакту			
Вітання	Лікар вітається з пацієнтом		+1
Турбота про комфорт пацієнта	Повідомляє, де можна розташуватися, куди покласти речі		+1
Самопрезентація	Називає своє ім'я		+1
	Називає свою роль		+1
	Визначає характер консультації/мету зустрічі/час		+1
Згода на розпитування	Запитує, чи немає заперечень у пацієнта на проведення опитування		+1
Ідентифікація особистості пацієнта	Запитує ім'я пацієнта, вік (рік народження)		+1
Збір інформації			
Відкрите питання (спочатку)	«Що привело вас?», «Що б ви хотіли обговорити сьогодні?», «З чим прийшли?»		+1
Початок розпитування з фрази «На що скаржитесь?»	Використання відкритого питання «На що скаржитесь?»		+0.5

Слухання без перебивання	Невербальний прояв уваги		+1
Узагальнення	Повторює сказане пацієнтом для підтвердження правильності свого розуміння того, що говорить пацієнт, запрошуючи пацієнта поправляти або доповнювати		+1
Скринінг	Робить спробу для виявлення інших (другорядних, прихованих) проблем, ставлячи питання «Що ще турбує?» або «Це все, що турбує?»		+1
	При цьому використовує звернення на ім'я (ім'я по батькові) і проводить скринінг до початку виявлення подробиць		+1
Виявлення ідей, думок пацієнта	Запитує, з чим пацієнт пов'язує свій стан, не пропонуючи варіантів відповіді		+1
Використання відкритих питань	При зборі інформації запитує про щось конкретне, наприклад «Розкажіть про це докладніше», «Чим можете пояснити/що могло викликати цю проблему»		+1
Пропозиція своїх варіантів відповіді	Ставлячи питання, пропонує варіанти відповіді		- 0.5
Серія питань	Задає кілька запитань поспіль		- 1
Вибудовування відносин в процесі спілкування:			
Зоровий контакт	Не менше половини часу протягом усього розпитування		+1
Перебивання	Несвоечасні висловлювання (репліки), а також фрази, які не можуть бути розцінені як уточнюючі питання або фасилітація розповіді пацієнта		-1
Звернення до пацієнта	Звернення на ім'я (ім'я по батькові)		+1
Коментарі та оцінка поведінки пацієнта	Висловлює думку з приводу пізнього звернення, рекомендує заспокоїтись, звертає увагу на небажаність «подібної реакції» тощо.		-1

Витримка пауз	Коли пацієнт ненадовго замовляє – дає можливість продовжити		+1
Поза	Вислуховує пацієнта, не відриваючись від записів, стоячи і т.п.		-1
Емпатія	Демонструє розуміння почуттів, побоювань, проблем і т.п.		+1
Фасилітація відповіді пацієнта – активне слухання	Допомагає пацієнтові підбадьорюванням, повторенням, перефразуванням		+1
Результат комунікації	Виявляє вичерпний список проблем пацієнта		+1
	Дозволяє сформулювати вірну діагностичну гіпотезу		+1
	Забезпечує задоволеність пацієнта бесідою		+1
Уточнюючі питання	«Чи залишились у вас питання?»		+1
Набрана кількість балів Максимальна кількість балів: 23 Мінімальна кількість балів для зарахування: 16 (70%)			

Дебрифінг – Зворотній зв'язок

4 етапи:

Студент: що я зробив добре.

Студент: що я міг зробити краще.

Викладач: що було зроблено добре.

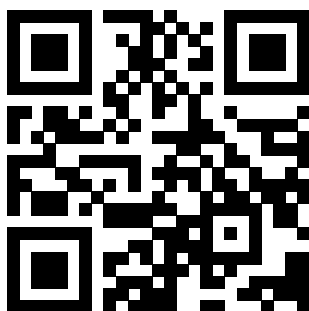
Викладач: що можна було зробити краще.

Питання у рефлексивний щоденник:

Наскільки комфортно мені було програвати сценарій під час заняття?
Над чим мені треба попрацювати для вдосконалення своїх навичок проведення консультування та комунікації?
Який кейс мене найбільше вразив і чому?

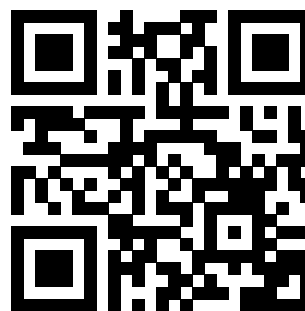
Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3lk3HLu



Повна версія заняття
за посиланням:

bit.ly/3DoYiiu



ТЕМА 4

Автономія пацієнта
та професійні
кордони
у відносинах

ТЕМА 4. СУБ'ЄКТНІСТЬ ТА АВТОНОМІЯ ПАЦІЄНТА. ПРОФЕСІЙНІ КОРДОНИ

З турботою про дотримання кордонів пацієнтів матеріали до заняття підготовлені:



Софія Гусак, доцентка кафедри внутрішньої медицини
№2 Тернопільського національного медичного
університету імені Івана Горбачевського



Олена Костюк, доцентка кафедри неонатології,
Національний університет охорони здоров'я України
імені Платона Шупика



Тетяна Гавриш, кандидатка юридичних наук, адвокатка,
керуючий партнер юридичної фірми ILF



Олексій Харитонов, кандидат юридичних наук, адвокат,
партнер юридичної фірми ILF



Олексій Головін, старший юрист, юридична фірма ILF



Марина Кахнова, помічниця адвоката, юридична фірма ILF



Ірина Мовчан, помічниця юриста, юридична фірма ILF



Анастасія Леухіна, голова ГО «Горизонталі»,
консультантка Україно-Швейцарського проекту
«Розвиток медичної освіти»

ЧОМУ ЦЯ ГЛАВА ВІДРІЗНЯЄТЬСЯ ВІД ІНШИХ ЗА ЗМІСТОМ ТА СТРУКТУРОЮ?

Тема суб'єктності та кордонів виявилася найскладнішою для всіх нас та дала зрозуміти, як багато нам потрібно вчитися. Вчитися, щоб краще розібратися у таких, на перший погляд, абстрактних, але насправді дуже прикладних питаннях відповідальності за прийняття рішень, суб'єктності та автономії пацієнта, правил та винятків з них на перетині лікарської та юридичної сфер. Тому ця глава відрізняється від інших. Матеріали цієї глави допомагають заповнити прогалини у розумінні суб'єктності та кордонів і навичках щодо них. Її концепційні засади місцями кидають виклик традиційним переконанням та віруванням патерналістського підходу. Все це дозволяє випрацювати спільну термінологію, зрозуміти логіку коректної побудови відносин з пацієнтом та доповнити знання та навички щодо Калгарі-Кембриджської моделі медичної консультації (див. попередню главу), готуючи нас до наступної глави про конфіденційність.

Ми усвідомлюємо, що спільне прийняття рішень та суб'єктність не є самоціллю, вони – шлях побудови довіри та здорових відносин між лікарем та пацієнтом. Отже, запрошуємо вас робити малі кроки разом на цьому шляху.

В цій главі ви зможете знайти відповіді на такі питання:

- Спільне прийняття рішень в лікарській практиці: заради чого і як?
- Пацієнтська суб'єктність та автономія: що це таке та як її практикувати?
- Що робити, якщо пацієнт не хоче приймати рішення?
- В яких випадках лікар може приймати рішення одноосібно?
- Що таке особисті кордони, які види кордонів існують?

Ми вдячні за консультації Вікторії Підворчанській, радниці юридичної фірми «Астерс», та Зоряні Скалецькій, доцентці Національного університету «Кієво-Могилянська Академія».

Навчальні цілі

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	суб'єктність та кордони;	як коректно надавати пацієнту інформацію та визначати для кожного рівень деталізації, потріб- ний для прийняття спільного рішення;
	пацієнт як суб'єкт прийняття рішення;	
	спільне рішення (Shared decision making (SDM);	як на практиці забезпечити дотримання кордонів, визна- чити перетин чи порушення кордонів;
	що таке кордони; які є типи кордонів.	
		як вибудовувати власні кордони;
		що робити у випадку порушення кордонів.

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Спільне прийняття рішення (Shared decision making (SDM))

У більшості випадків сьогодні лікарі є авторитетом, а пацієнти відіграють лише пасивну роль у наданні допомоги. Лікарі інструктують пацієнтів про те, що їм потрібно робити, через що останні рідко беруть участь у прийнятті рішення про лікування. Проте такий підхід є не зовсім коректним по відношенню до пацієнта і потребує вдосконалення через перехід до моделі спільного прийняття рішення. Він потребує вдосконалення через перехід до застосування спільного рішення.

Спільне прийняття рішення (СПР) – це обговорення, підхід, в якому лікар і пацієнт удвох визначають алгоритм подальшого лікування. Медичний співробітник допомагає обрати методику лікування, ґрунтуючись на перевагах та переконаннях пацієнта, сприяє ухваленню правильного рішення. Принцип спільного рішення спрямовано на надання тієї медичної допомоги, яка орієнтована на конкретного хворого. Цей принцип складається з трьох компонентів: (1) ясних, точних та обґрунтованих варіантів лікування (доказовість), (2) досвіду в їх адаптації,

а також (3) уподобань самого пацієнта. Крім цього, спільне рішення враховує психологічні, соціальні та емоційні фактори. Вони впливають на результати обговорення.

Досягнення таких спільних рішень залежить від побудови тісної взаємодії, що заснована на взаєморозумінні між лікарем та пацієнтом. Метою є прийняття пацієнтом рішення про таке лікування, яке відображає найважливіші для нього моменти.

Підхід спільного прийняття рішення (СПР) ґрунтується на інформованій згоді та автономії пацієнта. Інформована згода пояснюється тим, що пацієнти не можуть приймати рішення без розуміння всіх переваг та недоліків запропонованих варіантів лікування. Автономія передбачає врахування особистих цінностей та переконань пацієнта. Цим пояснюється те, що ризики та вигода можуть інтерпретуватися по-різному. Тож у певних ситуаціях думка лікаря може відрізнитися від підсумкового рішення пацієнта. У таких випадках медичний працівник та пацієнт повинні дійти згоди щодо фінального рішення. Однак останній має або повністю зрозуміти та погодитися з позицією лікаря, або наполягти на своєму рішенні. **Думка пацієнта повинна бути вирішальною.**

Виходячи з цього, можна сказати, що пацієнти відіграють у лікуванні ключову роль. Однак вони не завжди бажають чи готові брати участь у процесі ухвалення рішення про лікування разом зі своїми лікарями. На це є декілька причин. По-перше, люди поділяються на типи: хтось активний і готовий до спільної відповідальності, а хтось пасивний і вважає за краще зняти з себе тягар вибору лікування.

По-друге, пацієнту може бути некомфортно, у нього може бути відсутній емоційний зв'язок із лікарем. Пацієнт може відчувати тиск із боку медичного працівника, самостійно не контролювати ситуацію. Також він може мати високий рівень тривожності, через що вважатиме за краще не брати участі у прийнятті медичних рішень.

По-третє, на пацієнта також можуть впливати різні чинники (стать, вік, наявність освіти, культура тощо).

З іншого боку, часто трапляються ситуації, коли у спільному прийнятті рішення не зацікавлений саме лікар – з причини його/її обмеженого часу медпрацівника для кожного пацієнта. Вирішити цю проблему можливо через

підвищення якості комунікації під час консультації. Наприклад, структурувати спілкування, орієнтуватися на конкретного пацієнта, активно ставити питання, висловлювати побоювання та цілі, зосередитися на емоційних аспектах. Все це значно підвищить якість розмови та пом'якшить тиск часових рамок.

Кожен пацієнт має право на доступ до власних медичних карт, яке закріплено на законодавчому рівні. Лікарі, у свою чергу, мають обов'язок надати такий доступ. Надання доступу до медичних карт покращує розуміння пацієнтами стану свого здоров'я. Вони починають більш активно дбати про себе. Це також позитивно впливає на стосунки між лікарем та пацієнтом, підвищує довіру, безпеку та залученість останніх. Внаслідок цього збільшується їхня активність у спільному прийнятті рішень.

Мета лікарів – допомогти пацієнтам ухвалити рішення, яке відображає їхні цінності й уподобання. Медичні працівники можуть робити це через заохочення та залучення пацієнтів до спільного вирішення питань. У той же час лікарі, які повідомляють невизначені або невідомі дані про ризики та переваги рішення, надають пацієнтам «ведмежу послугу».

Світова популярність практики спільних рішень зростає з кожним роком. Деякі країни вже внесли його до своїх законодавчих норм. У Канаді створили науково-дослідну кафедру з цього питання. В Англії було створено програму NHS RightCare, метою якої є реалізація принципу «жодних рішень про мене без мене». Деякі європейські країни, зокрема Франція, ухвалили закони щодо «демократії здоров'я». Крім цього, кожні два роки проводиться Міжнародна конференція зі спільного прийняття рішень (ISDM), а Зальцбурзький глобальний семінар випустив серію сесій із залучення пацієнтів до прийняття рішень.

Пацієнти, які ефективно беруть участь у прийнятті рішень, у подальшому значно менше шкодують про обрану методику лікування, відвертіше спілкуються зі своїми лікарями, краще знають свій стан здоров'я та в цілому отримують більше задоволення від лікування. Також спільне прийняття рішень налагоджує міцні взаємини між пацієнтом та лікарем. Окрім цього, спільне прийняття рішень забезпечує згоду пацієнта на конкретне лікування та захищає лікаря від можливих скарг та/або судових позовів у подальшому. Саме такі відносини уможливають спільні рішення.

СУБ'ЄКТНІСТЬ ТА КОРДОНИ

Життя людини є найважливішою цінністю. В роботі лікаря життя пацієнта відіграє ключову роль, адже лікар лікує людину, особу, а не її тіло. Конвенція про права людини та біомедицину (Страсбург, 2005) та Единбурзька декларація Всесвітньої федерації медичної освіти є одними з найважливіших документів стосовно цих питань. Вони надають пацієнтам право брати участь у процесі діагностики та лікування, а також можливість зустріти в особі лікаря уважного слухача, ретельного спостерігача та ефективного клініциста. Це пояснює бажання та прагнення пацієнтів до відкритого діалогу з лікарями. **Тому потрібно розглядати пацієнта як суб'єкта медичних відносин, який може впливати на те, що з ним відбувається, а не як об'єкта, якого лікують компетентні медпрацівники.**

Спілкування та взаємодія допомагає досягнути задоволеності пацієнта та медичного працівника лікувальним процесом. Однак іноді взаємини лікар – пацієнт можуть виходити за дозволені рамки.

Американські психіатри Керол Надельсон і Глен Габбард визначають професійні кордони як певні межі взаємин, коли одна людина довіряє своє благополуччя іншій. Збереження таких кордонів між медпрацівником і пацієнтом є актуальною темою в наші дні. Це є центральним елементом належної медичної практики та належного догляду за пацієнтами. В основі такої практики лежить принцип, **що лікар зобов'язаний діяти виключно з метою задоволення потреб пацієнтів**, які завжди очікують на розуміння, співчуття та порядність зі сторони лікаря .

Сьогодні медична практика змінилася, все частіше мають місце неформальні стосунки між лікарем та пацієнтом. Це може спричинити неправильне розуміння пацієнтом дій медичного працівника. Крім того, постає питання дотримання професійних кордонів. Їхнє порушення може спричинити зниження довіри пацієнта до лікаря, а також завдати пацієнту психологічних травм, що є неетичним і непрофесійним з боку медпрацівника. Найчастіше причиною цього є неправильне емоційне сприйняття пацієнтом дій лікаря. Також порушення кордонів може призвести до фінансових конфліктів інтересів сторін або до фізичної шкоди.

В австралійському Кодексі поведінки лікарів стверджується, що основними завданнями медичних працівників є турбота про пацієнтів і безпечна та ефек-

тивна медицина. Лікар завжди має діяти в межах етичних рамок. Медична практика передбачає також обговорення особистих та конфіденційних питань, що стосуються інтимної сфери життя пацієнта, та проведення оглядів різного характеру, що можуть порушувати тілесні (фізичні) кордони пацієнта. Найбільш вразливими до порушення професійних кордонів є фахівці в галузі психіатрії та гінекології. Тим не менш, такі кордони завжди повинні дотримуватись. Генеральна медична рада (GMC), державний орган Сполученого Королівства, встановила, що лікарі не повинні підтримувати сексуальні чи емоційно-близькі емоційні стосунки з пацієнтами.

Щоб мінімізувати ризик порушення кордонів, лікар повинен дотримуватися певних правил. А саме – діяти лише на користь пацієнта, не порушувати професійну етику, контролювати свої емоції. Іноді саме емоційний стан медичного співробітника стає причиною порушення професійних кордонів. Окрім цього, пацієнт також повинен дотримуватися норм взаємовідносин із лікарем та поважати його особисті межі. Неприйнятним вважаються занепокоєння лікаря з питань, які не пов'язані зі станом здоров'я, зустрічі поза місцем роботи медичного працівника, різні непристойні пропозиції тощо.

«Пацієнт – господар свого тіла»: що таке суб'єктність

і що вона означає для лікарської практики
Кожен громадянин України має конституційне право на охорону здоров'я.

При зверненні до закладу охорони здоров'я таке невід'ємне і непорушне право перетворюється з об'єктивного на суб'єктивне, а людина набуває статусу пацієнта.

Пацієнт у свою чергу повинен розглядатися не як об'єкт, який потребує лікування, а як суб'єкт, який має права та обов'язки стосовно свого здоров'я. Взаємодія між медичним працівником та пацієнтом повинна ґрунтуватися саме на правах останнього.

Перелік таких прав визначається Основами законодавства України про охорону здоров'я. Деякі з них:

Право на вільний вибір лікаря та вибір методів лікування

Пацієнт може особисто обрати лікуючого лікаря, або ж його призначить керівник лікарні. Проте у будь-якому випадку за пацієнтом залишається можливість замінити медичного працівника за своїм бажанням. Це право надає пацієнту можливість самостійно обрати саме того спеціаліста, до якого він має довіру. Щодо методів лікування, то пацієнт має право на обізнаність з цього питання. Рішення повинно прийматися спільно із лікарем, проте остаточне слово – за пацієнтом. У той же час лікар залишається відповідальним за прийняття такого рішення. Відповідальність за спільне рішення буде поділятися між медпрацівником і пацієнтом. Таким правом користуються особи, які досягли 14-річного віку.

Право на отримання достовірної та повної інформації про стан свого здоров'я

Лікар повинен надати повнолітньому пацієнту будь-яку інформацію про стан його/її здоров'я, доцільність методів лікування, а також наявність усіх можливих ризиків для життя і здоров'я. Така інформація може бути обмеженою для ознайомлення у випадку, якщо вона спричинить погіршення стану здоров'я пацієнта чи зашкодить процесу лікування. Ознайомлення з медичними документами щодо стану свого здоров'я є важливою складовою для подальшого прийняття рішення щодо лікування.

Тут ми знову повертаємось до інформованої згоди пацієнта. Окрім цього пацієнт також має:

- право на інформовану згоду щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування, а також право відмовитись від лікування;
- право на таємницю про стан свого здоров'я, про факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані під час його/її медичного обстеження;
- право на допуск до пацієнта інших медичних працівників, членів сім'ї та інших осіб;
- право направлятися для лікування за кордон;

- право відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи;
- право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я.

Однак, поряд із правами пацієнт має певні обов'язки стосовно свого здоров'я. До них зокрема відносяться: піклування про своє здоров'я та здоров'я дітей; не нанесення шкоди здоров'ю інших громадян; проходження профілактичних медичних оглядів і своєчасне щеплення тощо.

До того ж, пацієнти зобов'язані виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку лікарні. Медичний працівник не буде нести відповідальності за здоров'я пацієнта в разі, якщо останній не дотримуватиметься узгодженої методики лікування або взагалі відмовиться від неї. Слід звернути увагу на те, що відмовитися від лікування може лише особа, яка має повну цивільну дієздатність, тобто особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними.

У підсумку хочемо наголосити, що **пацієнт є суб'єктом медичних правовідносин нарівні з лікарем**. У жодному випадку він не є об'єктом, який лише потрібно лікувати. Не дивлячись на те, що пацієнт – непрофесіонал у медицині, до нього потрібно ставитися з повагою та враховувати його думку. Адже саме пацієнт – «господар свого тіла».

ЯК КОРЕКТНО НАДАВАТИ ПАЦІЄНТУ ІНФОРМАЦІЮ ТА ВИЗНАЧАТИ РІВЕНЬ ДЕТАЛІЗАЦІЇ, ПОТРІБНИЙ КОЖНОМУ/ІЙ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ СПІЛЬНОГО РІШЕННЯ

Калгарі-Кембриджська модель медичної консультації, яка на сьогодні вважається еталоном клінічної бесіди лікаря та пацієнта, передбачає побудову між пацієнтом та лікарем грамотного діалогу, за якого зміст наявної в пацієнта хвороби буде пояснений у доступній йому/їй формі. Основою ефективної комунікації між пацієнтом та лікарем є надання останнім повної та достовірної інформації, що стосується стану здоров'я пацієнта. Від того, наскільки зрозуміло лікарю вдасться пояснити людині, яка потребує

медичної допомоги, її діагноз, план обстеження, прогноз можливого розвитку захворювання тощо, залежить результативність процесу лікування.

Законодавством України передбачено, що пацієнт, який/яка досяг/досягла 18 років, має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його/її здоров'я.

На етапі пояснення та планування лікування медичному працівнику слід дозувати інформацію та періодично перевіряти її розуміння пацієнтом, давати відповіді на уточнюючі питання пацієнта. **Повнота отриманої пацієнтом інформації безпосередньо впливає на правильність виконання рекомендацій лікаря.** Тому важливим є докладне роз'яснення фахівцем етіології (причин та умов виникнення) хвороби пацієнта, тонкощів призначеного обстеження та лікування, побічних ефектів від призначених препаратів та механізм їхньої дії.

Партнерські стосунки між лікарем та пацієнтом передбачають отримання пацієнтом правдивої інформації про стан свого здоров'я. У вітчизняному законодавстві існують винятки з цього правила. Наприклад, якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його/її здоров'я або зашкодити процесу лікування, медичні працівники мають право надати йому/їй неповну інформацію, залишивши людині надію на продовження життя, на можливий успішний результат лікування. Варто підкреслити, що зазначені законодавчі положення є застарілими, оскільки якщо **пацієнт є суб'єктом прийняття рішення, то саме він або вона, а не хтось за нього/неї має вирішувати, яку інформацію та в яких деталях знати.**

Міжнародні стандарти, які закріплюють право пацієнта на отримання повної та достовірної інформації, яскраво ілюструють реалізацію принципу «*primum non nocere*» («не нашкодь!»). Так, наприклад, Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 р. визначає, що кожна особа має право на ознайомлення з будь-якою інформацією про своє здоров'я. Однак бажання осіб не отримувати такої інформації також потрібно поважати. У виняткових випадках в інтересах хворих реалізація згаданих прав може обмежуватися законом.

Пріоритетним для лікаря має бути також повідомлення пацієнту інформації про стан його/її здоров'я у доступній формі. Рівень деталізації інформації, яка повідомляється пацієнту, може залежати від низки критеріїв, як-от:

вік пацієнта, рівень розвитку та розумових здібностей тощо. Нині діючі протоколи лікування, вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів є незрозумілими для пересічної людини. Це, в свою чергу, означає, що під час спілкування з пацієнтом лікар повинен використовувати просту та зрозумілу мову, уникати вживання складних медичних термінів або, у разі їхнього використання, роз'яснювати такі терміни пацієнту.

Діючі нормативні положення у сфері охорони здоров'я передбачають **обов'язок медичного працівника надавати пацієнтові в доступній формі інформацію про стан його/її здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я.** Європейська хартія прав пацієнтів 2002 р. передбачає право пацієнта на отримання такої інформації, яка допоможе йому/їй активно брати участь у прийнятті рішень щодо свого здоров'я. Так само, у Позиційному документі: медсестри і права людини, Міжнародна рада медичних сестер (МРМС) (1998) визначено, що медичні працівники зобов'язані забезпечити отримання пацієнтом відповідної інформації зрозумілою йому/їй мовою перед тим, як пацієнт надасть згоду на будь-яке лікування чи обстеження, у тому числі на участь у наукових дослідженнях.

Початковий вибір

Вибір говорити
з лікарем



Крок назад
Вибір позиції
Обґрунтування вибору
Перевірка реакції
Відкладання



Перевірка обізнаності
у своєму стані



Список варіантів
Перевірка знань
Опис варіантів – вивчення
переваг
Ризики та переваги

Інформований вибір

→ Прийняття рішення



Зосередження на перевагах
Вибір налаштування
Перехід до рішення
Огляд пропозиції

Рис.8. Структура моделі спільного прийняття рішення

Правильне та коректне повідомлення інформації пацієнту, з урахуванням його або її індивідуальних особливостей, є визначальним у побудові ефективної взаємодії лікар – пацієнт, у наданні якісних медичних послуг лікарем та досягненні кінцевої мети лікувального процесу – одужання пацієнта.

Структура моделі спільного прийняття рішення (СПР) будується у три етапи: (1) впровадження вибору; (2) опис можливих варіантів, часто шляхом інтеграції отриманої підтримки; (3) надання допомоги пацієнтам у вивченні переваг та прийнятті рішень.

Пацієнт як суб'єкт прийняття рішення

Пацієнт-центрований підхід як спосіб надання медичної допомоги передбачає повагу, довіру медичного працівника до рішень, що приймаються пацієнтом. Людина, яка звертається по медичну допомогу, згідно такого підходу, має почуватися вільною та самостійною у виборі закладу охорони здоров'я, лікаря, методів лікування тощо. Завдяки тому, що пацієнт перетворюється на суб'єкта прийняття рішень, він або вона відчувається у процесі лікування нарівні з професіоналом-лікарем. Це, в свою чергу, сприятиме більшій участі пацієнта в одужанні та позитивному терапевтичному ефекту.

Діючим законодавством України у сфері охорони здоров'я передбачено, що пацієнт має право, коли це виправдано його/її станом, бути прийнятим/ою у будь-якому закладі охорони здоров'я. Саме пацієнт приймає рішення щодо закладу, де він або вона бажає отримати медичну допомогу (за умови якщо цей заклад має можливість забезпечити відповідне лікування). Це означає, що людина, яка потребує медичної допомоги, з урахуванням стану свого здоров'я, фінансового становища, місця розташування лікувального закладу та інших критеріїв, вирішує: звернутись їй до комунального чи приватного закладу охорони здоров'я, звернутись до лікарні за місцем проживання чи, за порадою друзів, обрати медзаклад в іншому районі міста, але з більш досвідченими фахівцями. В контексті медичної реформи це також означає, що пацієнт як суб'єкт прийняття рішення ймовірніше буде орієнтуватись на заклад охорони здоров'я, який матиме підписаний договір з Національною службою охорони здоров'я України, що в подальшому (за Програмою медичних гарантій) дозволить отримати окремі медичні послуги безкоштовно.

Рішення пацієнта щодо вибору лікаря є одним із найважливіших, оскільки саме рівень фаховості обраного пацієнтом лікаря, рівень довіри між лікарем та пацієнтом визначає те, чи буде лікування успішним та ефективним. На сьогодні в нашій державі кожен пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся по медичну допомогу, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до потреб пацієнта.

Документом, який підтверджує факт вільного вибору пацієнтом свого лікаря, є декларація про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Важливо, що пацієнт може самостійно приймати рішення щодо заміни лікаря – це дає змогу отримувати медичну допомогу від спеціаліста, якому пацієнт довіряє. Таке законодавче положення цілком відповідає міжнародним стандартам у сфері охорони здоров'я. Йдеться, насамперед, про акти так званого «soft law», які хоч і не мають загальнообов'язкового характеру, але виконуються в силу їхньої авторитетності. Наприклад, Лісабонська декларація про права пацієнтів 1981 р., Дванадцять принципів надання медичної допомоги у будь-якій системі охорони здоров'я 1983 р. передбачають право пацієнта вільно приймати рішення щодо лікаря.

Активне залучення пацієнта неможливе без його/її самостійності у прийнятті рішень щодо медичної процедури та втручання. Трансформація поглядів щодо інформованої згоди пацієнта наразі є актуальною для українського суспільства (як для пацієнтів, так і для лікарів). Зараз де-факто така згода пацієнта сприймається як «папірець», завдяки якому пацієнт зможе «покарати», у випадку чого, лікаря, а останній зможе убезпечити себе від нападок пацієнтів.

Проте за своєю суттю інформована згода це не просто папір із підписом пацієнта. Вона має сприйматись як активний процес, в якому медичний працівник інформує пацієнта про ризики, переваги та альтернативи даної медичної процедури чи втручання, а пацієнт, завдяки цій інформації, приймає рішення.

Практика Європейського суду з прав людини визначає наступні **критерії, за дотримання яких інформована згода буде правомірною: інформованість** (прийняття рішення про проведення чи відмову від проведення медичного втручання на основі отриманої від лікаря медичної інформації), **добровільність** (прийняття рішення без впливу зовнішніх чинників та тиску на хворого), **компетентність** (прийняття рішення за умов досягнення відповідного віку).

Важливо, аби таке рішення пацієнтом приймалось свідомо, що відповідатиме загальносвітовим стандартам у сфері охорони здоров'я. Положення Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 р., Лісабонської декларації про права пацієнтів 1981 р., Декларації про політику у сфері забезпечення прав пацієнтів в Європі 1994 р. наголошують на важливості усвідомленого підходу пацієнта до згоди на лікування/медичне втручання після отримання адекватної інформації про своє здоров'я.

Враховуючи стрімкий розвиток науково-технічного прогресу, зростає кількість пацієнтів, котрі приймають рішення щодо участі у наукових дослідженнях чи експериментальних розробках. Чинне законодавство України визначає, що лікар може поєднувати дослідження з наданням медичної допомоги лише у випадках, коли дослідження обґрунтоване профілактичною, діагностичною або терапевтичною метою. Пацієнт може вирішити брати участь в експерименті, якщо він спрямований на поліпшення його/її здоров'я та за умови забезпечення пацієнту усіх необхідних заходів безпеки. Міжнародні акти, зокрема Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 р., передбачають, що рішення пацієнта щодо участі у наукових дослідженнях має фіксуватися у письмовій формі (інформована добровільна згода).

Самостійність пацієнта у прийнятті рішень протягом лікувального процесу дозволяє побудувати ліберальну модель відносин пацієнт – лікар. За такої моделі лікар зобов'язаний надавати пацієнту всю суттєву інформацію, що стосується захворювання, повідомляти про альтернативні методи лікування, проте останнє слово щодо алгоритму дій залишається за пацієнтом.

Як пацієнт може приймати рішення про своє здоров'я, якщо він/вона не має спеціалізованої освіти

Завдяки тому, що пацієнт отримує від лікаря повну, достовірну інформацію про стан свого здоров'я у доступній формі, в нього/неї виникає здатність приймати рішення (так звана «компетентність пацієнта»). Компетентність пацієнта означає здатність останнього/останньої, за відсутності спеціалізованої медичної освіти, усвідомлювати надану йому/їй інформацію про стан здоров'я і приймати самостійні рішення відповідно до поставленої мети лікування.

Вирішальне значення у здатності пацієнта приймати рішення відіграватиме не володіння останнім медичною термінологією та знаннями, а розуміння (завдяки роз'ясненням лікаря) основних процесів, що відбуваються в його/її організмі, характеру його/її захворювання, специфіки та сутності методів діагностики та лікування тощо. Пацієнт повинен мати здатність виявляти волю на прийняття рішень про своє здоров'я та нести відповідальність за свій вибір. За українським законодавством особи, які мають хронічні або стійкі психічні розлади, не здатні усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (недієздатні особи), пацієнти віком до 14 років (малолітні пацієнти), не є компетентними приймати рішення щодо стану свого здоров'я, а отже, таке рішення приймається законними представниками таких осіб (наприклад, батьками або опікунами).

Дискусійним залишається питання щодо можливості неповнолітніх пацієнтів (від 14 до 18 років) приймати рішення щодо свого здоров'я, оскільки у законодавстві наявні численні суперечності щодо цього питання. Положення одних нормативних актів говорять про те, що надання медичної допомоги пацієнту, який досяг чотирнадцяти років, провадиться за його/її згодою. Разом із тим, аналіз інших законодавчих актів говорить про те, що відмовитися від лікування можуть лише пацієнти, які досягли 18 років. Право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, має лише пацієнт, який досяг 18 років. Зважаючи на те, що прийняття пацієнтом рішення неможливе без отримання повної та достовірної інформації від лікаря про стан свого здоров'я, неповнолітній не має можливості самостійно, без участі законних представників (батьків, наприклад) приймати рішення про згоду/відмову від медичного втручання.

Лікарі часто не пояснюють пацієнтам усіх деталей лікування або через брак часу (обмежений час амбулаторного прийому), або ж тому, що вважають цю інформацію зайвою для пацієнта. За таких умов прийняття пацієнтом зваженого та обґрунтованого рішення значно ускладнюється або стає неможливим. До того ж, тут діє золоте правило: що менше хворого поінформували перед прийняттям рішення про своє здоров'я тим більше претензій і звинувачень варто очікувати надалі.

Кейс: «не пояснили» на 43 000 євро

У справі Європейського суду з прав людини «V.C. (V.C.) проти Словаччини» було встановлено порушення, в тому числі права на повагу до приватного і сімейного життя заявниці і зобов'язано державу виплатити заявниці компенсацію на загальну суму 43 000 євро. За обставинами справи, заявниця ромського походження була госпіталізована до Прешовської лікарні, у зв'язку із пологами. Пізніше персонал повідомив їй, що якщо вона народить ще дитину, вона або дитина загинуть. Заявниця сказала лікарям: «Робіть, що хочете». Після цього їй було запропоновано підписати родову карту під позначкою про вимогу стерилізації (заявниця не розуміла значення терміна «стерилізація» і підписала карту з побоювань фатальних наслідків). Суд констатував порушення з боку лікарів, оскільки заявниці не було надано інформацію, зокрема про способи захисту її репродуктивного здоров'я, інформацію про сутність, властивості, наслідки стерилізації. Як наслідок, було порушено право пацієнта на автономію та вибір.

Обізнаність пацієнта щодо характеру захворювання, ризиків відмови від лікування, мети, змісту медичних процедур та маніпуляцій, що проводимуться протягом лікування, є запорукою прийняття пацієнтом свідомого самостійного рішення (за відсутності спеціалізованої медичної освіти), що в свою чергу мінімізує ризики претензій та скарг з боку пацієнта та сприятиме викоріненню застарілого патерналістського підходу у взаємодії лікар – пацієнт.

Якщо пацієнт не хоче приймати рішення та просить лікаря зробити це за нього, як коректно поводитись?

Принцип автономії пацієнта полягає насамперед у визнанні його/її законних прав та здібностей здійснювати персональний вибір та приймати рішення щодо свого здоров'я. Проте на практиці поширені випадки, коли пацієнт намагається перекласти відповідальність за прийняття рішення на лікаря. Пацієнт чи його/її законний представник просить лікаря самому прийняти важливе рішення, апелюючи до того, що він/вона сам/а нічого не знає, не може ні на що наважитися. Особливо часто таке буває, коли пацієнти спантеличені через велику емоційну напругу.

Вони можуть говорити: «Я не знаю, як вчинити», «Я нічого не розумію». Пацієнт ніби займає позицію дитини, при цьому бажаючи бачити в медичному фахівці батька, який усе за нього/неї вирішить. В певний момент фахівець, сам того не усвідомлюючи, приймає рішення, яке не повинен приймати. До того ж, для нього це простіше, оскільки прискорює процес. Пізніше той самий пацієнт може прийти до лікаря зі звинуваченнями його в усьому: «Ви ж мені казали, що так буде краще!», «Ви ж мені обіцяли!».

Вітчизняним законодавством у сфері охорони здоров'я визначено, що лікар може приймати рішення замість пацієнта виключно у випадку наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників. Хоча в законі відсутній чітко визначений перелік таких небезпечних станів, проте визначальним критерієм в такому випадку буде реальна (а не можлива) небезпека для життя людини (наприклад, кровотеча, асфіксія тощо). За наявності такої небезпеки лікар може самостійно приймати рішення щодо засобів, якими цю небезпеку буде ліквідовано (хірургічне втручання, переливання крові тощо).

Законодавча регламентація можливості лікаря вирішувати за пацієнта в умовах прямої загрози життю останнього (крайньої необхідності) відповідає загальносвітовій практиці. Наприклад, у Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини 1997 р. передбачено, що у випадку, якщо через надзвичайну ситуацію рішення пацієнтом щодо медичного втручання, не може бути прийнято (пацієнт не може надати інформовану добровільну згоду на таке втручання), то будь-яке необхідне з медичної точки зору втручання може негайно здійснюватися в інтересах здоров'я відповідного пацієнта. Якщо на час втручання пацієнт перебуває у стані, за умов якого неспроможний висловити свої побажання, враховуються побажання щодо медичного втручання, висловлені ним раніше. Дана Конвенція була підписана, але, на жаль, не ратифікована Україною, вона не має загальнообов'язкового характеру, але виконується в силу авторитетності державами (які не є її учасниками) добровільно.

В усіх інших випадках, коли пряма загроза життю пацієнта відсутня, лікар повинен усвідомлювати, що інша сторона (пацієнт) є повноцінною. Рішення, які стосуються його або її життя та здоров'я, він/вона повинні приймати сам/сама або, якщо це неможливо, таку відповідальність на себе мають брати законні представники пацієнта, здатні приймати рішення.

На етапі надання інформації необхідно допомагати пацієнту долучатися до процесу вибору тактики лікування та подальших дій. Важливо з'ясувати, що пацієнт вже знає, а що необхідно роз'яснити та яку інформацію додати. У процесі обмірковування наданої інформації лікарю слід підтримувати пацієнта, оскільки деякі люди почуваються невпевнено щодо того, який метод лікування або вид медичного втручання виявиться кращим для них.

Якщо лікар бачить, що пацієнт ніяк не може наважитися на ухвалення складного рішення, потрібно спробувати включити його у самий процес прийняття такого рішення. Наприклад, лікар може запитати: «Як ви дивитеся на те, що ми обговорили?», «Чи є у вас якісь думки щодо цього? Поділіться, будь-ласка, вони дуже важливі!». Якщо є час обмірковувати інформацію, можна сказати пацієнту: «Давайте візьмемо невелику паузу», «Якщо вам потрібна додаткова інформація, я вам підкажу. Але рішення, звісно, залишається за вами».

Таким чином, лікар постійно буде повертати відповідальність пацієнту. Потрібно пам'ятати, що головне завдання лікаря – дати інформацію, поради, який із запропонованих (альтернативних) методів лікування буде кращим в конкретному випадку. Однак рішення щодо подальшого лікування повинен приймати виключно пацієнт чи його законний представник.

Як отримати справжню інформовану згоду, а не просто папірець «для галочки»

Особистий підпис пацієнта на інформованій добровільній згоді ще не гарантує того, що пацієнт дійсно поінформований/на щодо стану свого здоров'я, мети проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогнозу можливого розвитку захворювання, у тому числі наявності ризику для життя і здоров'я.

Судова практика сьогодні застосовує, на жаль, формальний підхід щодо інформованої добровільної згоди пацієнта. Зокрема, навіть якщо лікарі у дійсності не дотримувались стандарту щодо того, яка інформація повинна

бути включена в обговорення, що веде до інформованої згоди пацієнта (тобто, не надавали пацієнту у повному обсязі інформацію щодо характеру захворювання, сутності медичних заходів, можливих несприятливих наслідків), однак на такій згоді пацієнта міститься підпис останнього, пацієнт вважається проінформованим. Суди констатують порушення з боку лікарів лише в тих випадках, коли інформована згода у письмовій формі відсутня взагалі.

Порівняльний аналіз форми інформованої добровільної згоди пацієнта, затвердженої наказом МОЗ, з тими, що підписуються пацієнтами в європейських країнах, дозволяє виявити безліч недоліків вітчизняної форми інформованої добровільної згоди. Зокрема в ній відсутнє підтвердження з боку пацієнта про те, що перед отриманням медичних послуг він/вона надав/ла лікарю всю інформацію про перенесені ним/нею раніше захворювання, відсутнє підтвердження того, що кандидатура медичного працівника влаштовує пацієнта, відсутнє зазначення про можливі розумні альтернативні методи лікування. В діючій українській інформованій добровільній згоді пацієнта не міститься підтвердження пацієнта про **свідомий** вибір лікувального закладу, **свідому** згоду на вибір конкретного лікаря та запропоновані заходи діагностики та лікування.

Згідно міжнародних актів (Європейська хартія прав пацієнтів, Універсальна декларація з біоетики та прав людини, Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта), які не мають загальнообов'язкового характеру, але виконуються державами добровільно, в силу авторитетності таких актів, здійснення будь-якого медичного втручання має відбуватися лише з попередньої, вільної і інформованої згоди відповідного пацієнта **на основі належно отриманої ним/нею інформації**. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини встановлює, що будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися лише після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи. **Людині заздалегідь надається відповідна інформація щодо мети і характеру втручання, а також про його наслідки та ризики.**

Європейський суд з прав людини неодноразово наголошував на тому, що така згода має бути **усвідомленою**. Наприклад, у справі ЄСПЛ «Glass проти Сполученого Королівства» було встановлено порушення права на повагу до сімейного та приватного життя (стаття 8 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод) з огляду на те, що була відсутня **вільна, чітка і усвідомлена** згода матері на призначення діаморфіну її сину, який мав серйозні розумові та фізичні вади (тобто, хоча матір підписала

інформовану згоду, однак їй не надали у достатньому обсязі інформацію, на основі якої вона могла усвідомлено надати згоду на введення діаморфіну її сину).

В рішеннях українських судів неодноразово встановлювались порушення з боку лікарів, з огляду на відсутність згоди пацієнтів у письмовій формі. Наприклад, в рішенні одного з судів було встановлено, що при проведенні туберкулінодіагностики учням Мізяківсько-Хутірської середньої школи батьків не попереджали, їхню згоду на це не отримували, про можливі наслідки, ризики тощо не повідомляли. В іншій справі було констатовано порушення з боку лікарів через відсутність інформованої добровільної згоди пацієнта на медичне втручання та неузгодження з пацієнтом **того обсягу медичних дій, що були фактично проведені.**

Справжня – дійсно справжня – інформована згода надається пацієнтом лише за результатами обговорення з лікарем усіх аспектів та тонкощів лікувального процесу. Лише за такої умови пацієнт вважатиметься дійсно поінформованим, а лікар зможе захистити себе від необґрунтованих нарікань з боку пацієнтів щодо нероз'яснення лікарем інформації про стан його/її здоров'я та подальше лікування.

Чому нам важливо рухатися в бік передачі більшої відповідальності за рішення пацієнтам і як це зробити

Все частіше серед лікарів лунає думка про те, що пацієнт повинен нести таку саму відповідальність за прийняття рішення, як і лікар (а іноді навіть більшу). Основним аргументом такої думки є те, що саме пацієнт усвідомлює потребу в отриманні медичної допомоги, саме він/вона обирає, чи звернутися до лікаря чи займатися самолікуванням. Саме пацієнт робить вибір, дотримуватись призначеного лікування чи ні.

Питання розподілу відповідальності за прийняте рішення лежить у площині існуючих моделей стосунків лікаря та пацієнта.

Перша модель взаємовідносин лікаря і пацієнта – з розподілом ролей «директивний лікар» і «підпорядкований пацієнт». У цій моделі головним учасником, який має достатні наукові знання для надання якісної медичної

допомоги, безумовно, є лікар. Така модель популярна, тому що лікареві споконвіку приписується головуюча позиція. За такого розподілу ролей вся відповідальність за результат повністю лежить на лікареві. Пацієнт у цьому випадку – пасивний об'єкт отримання медичної допомоги, який лише отримує послугу.

Друга модель взаємодії лікаря та пацієнта – **рівноправні партнери**. За такої моделі відповідальність за процес лікування розподіляється між лікарем та пацієнтом порівну. Обидва перебувають в активній позиції та несуть відповідальність за власні рішення та вибір. Лікар орієнтує пацієнта в ситуації: інформує про захворювання та його причини, сповіщає про можливі результати та способи лікування, пропонує набір існуючих альтернатив. Пацієнт несе відповідальність за вибір одного із запропонованих лікарем варіантів лікування, за дотримання правил обраного лікування. У даній моделі пацієнт такий самий активний учасник процесу, він/вона знає, на що він/вона має право при отриманні медичних послуг, знає зону своєї відповідальності за результат лікування. У даному типі взаємовідносин складністю є те, що лікареві потрібно приділити більше часу на процес спілкування з пацієнтом про його/її стан, особливості та механізми перебігу хвороби, існуючі методи лікування тощо.

Перевага даної моделі полягає у гуманному та шанобливому ставленні до пацієнта як до вільної, активної та відповідальної людини, котра має право на отримання та вибір медичної послуги та впливає на її результат. Партнерська модель відносин лікар – пацієнт також дозволяє підвищити комплаєнс пацієнта до лікування та підвищує безпеку пацієнта.

Звертаючись до міжнародного досвіду (передусім Сполучених Штатів Америки), можемо побачити, що там пацієнт несе відповідальність лише за своє рішення про відмову від лікування. Щодо вибору методів лікування – ні, оскільки вважається, що вибір пацієнта знаходиться у межах, які визначаються медичним працівником, а отже вся повнота відповідальності за прийняте пацієнтом рішення покладається саме на лікаря. Європейський суд з прав людини зокрема, у справі «Arskaya v.s. Ukraine» зробив наступний висновок: «...відповідальним за фатальний наслідок був син заявниці, оскільки він неодноразово відмовлявся від лікування. Суд зазначає, що право погоджуватись або не погоджуватись на лікування є ключовим в аспекті самовизначення та особистої автономії. У сфері надання медичної допомоги відмова від певного лікування може неминуче призвести до фатального наслідку, проте лікування, яке проводиться без згоди психічно

компетентного дорослого пацієнта, свідчитиме про втручання у фізичну цілісність людини у спосіб, який порушуватиме право на повагу до приватного та сімейного життя». Таким чином, уся відповідальність за відмову від лікування покладається на пацієнта.

В Україні лікар не несе відповідальності за здоров'я хворого в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення пацієнтом встановленого для нього режиму. За наявності добровільної інформованої згоди пацієнта, в якій буде зафіксовано, що останній дійсно отримав в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування, відповідальність за рішення нестиме саме пацієнт. В такому випадку лікар нестиме відповідальність лише у разі наявності шкоди життю/здоров'ю пацієнта, яка буде заподіяна внаслідок неналежного виконання останнім своїх обов'язків та наявності причинного зв'язку між протиправним діянням лікаря та несприятливими наслідками для пацієнта.

Рух в бік збільшення відповідальності пацієнтів за прийняття рішення допоможе впроваджувати усвідомлений підхід пацієнтів до лікувального процесу та інформації, на основі якої вони в подальшому прийматимуть рішення. Передача відповідальності за прийняте рішення в бік пацієнта можлива лише завдяки розширенню спектру документації для фіксації тих чи інших фактів. Також, необхідною є розробка різних видів інформованих згод (з більш чітким, деталізованим описом можливих несприятливих наслідків лікування), які пацієнт підписуватиме поряд із загальноприйнятим документом від МОЗ.

В яких випадках лікар може приймати рішення одноосібно? Де межа між відповідальністю лікаря та адміністрації в спірних питаннях?

Людина – господар свого тіла, саме тому вона сама повинна приймати остаточне рішення щодо вибору діагностики та лікування. Інформована згода пацієнта є обов'язковою умовою будь-якого медичного втручання і є його необхідною передумовою. Лікар зобов'язаний повідомити пацієнта про стан його здоров'я та запропонувати кілька доступних варіантів лікування, залишаючи право вибору за пацієнтом.

Проте і в цьому правилі є винятки.

В Україні право на медичне втручання без згоди пацієнта регулюється багатьма законодавчими актами. Незважаючи на це, у законодавстві існують суперечності щодо цього питання. Європейська конвенція гарантує кожному захист від втручання і право на фізичну недоторканність, що суперечить наданню медичної допомоги без згоди на неї. У той же час лікарі зобов'язані негайно надати таку допомогу, якщо людина перебуває в невідкладному стані. Проте вичерпного переліку таких випадків немає. Міжнародні акти передбачають, що у разі, **коли пацієнт не в змозі надати згоду на лікування, яке необхідне негайно, слід вважати, що така згода була надана.** Винятком вважатиметься, якщо цей пацієнт раніше відмовився від надання медичної допомоги в будь-якій ситуації.

Відповідно до законодавства України, невідкладний стан людини – це раптове погіршення фізичного чи психічного здоров'я, що становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини чи оточуючих її людей, і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння чи інших внутрішніх чи зовнішніх причин. Виходячи з цього, на практиці під цю категорію підпадають такі випадки:

- людина хворіє особливо небезпечними інфекційними хворобами;
- людина визнана хворою на наркоманію (за певних обставин);
- особи, які скоїли злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших людей;
- людина має психічний розлад, може бути небезпечною та неспроможна самотійно задовольняти свої основні життєві потреби;
- за наявності обставин крайньої потреби, реанімаційних заходів при термінальних станах.

Виходячи з цього, законодавчо передбачено право лікаря надавати допомогу пацієнту без його/її згоди, але лише у виняткових випадках. Головним фактором повинні вважатися життєві показники пацієнта. Крім цього, шкода для здоров'я людини від медичного втручання обов'язково повинна мати менше шкоди, ніж причини такого втручання. Інакше легальність надання лікування без наявності згоди пацієнта буде фіктивною. Це може спричинити притягнення лікаря до відповідальності.

Більшість медичних працівників – наймані працівники в закладах охорони здоров'я (лікарнях). Українське законодавство передбачає, що за завдану лікарем шкоду відповідальність несе установа, де працює такий лікар. Пізніше лікарня може подати регресний позов, вимагаючи компенсувати всю суму завданих збитків.

Щодо персональної відповідальності медпрацівника, то в більшості випадків вона буде кримінальною та дисциплінарною. Дисциплінарна відповідальність накладається наказом керівника лікарні, кримінальна – за рішенням суду.

Кримінальна відповідальність лікаря настає за злочини, які вчинив медичний співробітник та які є злочинами проти життя та здоров'я людини. А саме:

- невиконання чи неналежне виконання медичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого (ст. 140 ККУ). Наприклад, операцію було завершено, проте медичний інструмент залишився в тілі пацієнта, або лікар-анестезіолог неправильно розрахував дозу препарату, що спричинило шкоду пацієнтові;
- ненадання допомоги хворому медичним працівником (ст. 139 ККУ). Наприклад, пацієнту було відмовлено в наданні медичної допомоги через брак направлення на лікування, що призвело до його/її смерті;
- незаконна лікарська діяльність, тобто заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого (ст. 138 ККУ). Наприклад, здоров'ю пацієнта було завдано шкоди псевдо-лікарем, особою без медичної освіти та документів на здійснення медичної діяльності.

Якщо лікар діє, перевищуючи свої повноваження в той чи інший спосіб, він/вона відповідатиме за це. Прикладом з практики може бути випадок, коли лікар-хірург призначив психіатричне лікування, не маючи на те повноважень (рішення № 6498078). Медпрацівник направив громадянина на примусове стаціонарне лікування в психоневрологічну лікарню, вказавши діагноз «маніакально-депресивний синдром». Такі дії лікаря призвели до значної шкоди, зокрема моральної. Суд визнав медичного співробітника винним за статтею «самоправство, тобто самовільне, всупереч встановленому законом порядку, вчинення будь-яких дій, правомірність яких оспорується

окремим громадянином, що спричинило значну шкоду інтересам громадянина» (ст. 356 ККУ) та призначив обвинуваченому санкцію у вигляді штрафу.

Таким чином, лікареві необхідно зважено підходити до питання самостійного ухвалення рішення на надання медичної допомоги та не перевищувати своїх повноважень. Адже лікар персонально несе кримінальну відповідальність за свої дії. Окрім цього слід зазначити, що відповідальність може лягати і на лікарню. У разі позову до медичної установи вона може подати зустрічний позов до свого співробітника, який вчинив правопорушення.

Кордони

Стосунки лікар – пацієнт є міжособистісними й полягають у тісному спілкуванні і близькому тілесному контакті, тому потребують встановлення певних рамок: фізичних (тілесних) та психічних (духовних). Професійні кордони необхідні, бо з одного боку вони захищають пацієнтів, а з іншого – лікарів (медпрацівників, надавачів медичних послуг).

Кордони – це встановлені (за писаними чи неписаними правилами, домовленостями, а також вербальними висловами) межі соціального, фізичного, психологічного простору між людьми. Це певна система, що складається з «так» і «ні». Це знаки зупинки або границі, які ми певним чином встановлюємо, щоб захистити себе, повноцінно керувати власним життям і вибудовувати стосунки з людьми, які нас оточують.

Чітке усвідомлення своєї системи цінностей допомагає у встановленні кордонів та звільняє простір для успіху. Встановлені правильним чином кордони полегшують життя, допомагають його впорядкувати, захищають особистий життєвий простір. В той же час погано встановлені або «нездорові» кордони часто спричиняють емоційний біль, вигорання, які можуть призвести до залежності, депресії, тривоги і навіть до захворювання.

Відсутність кордонів – це відсутність будь-яких рамок у стосунках, що схоже на незамкнений будинок, куди може увійти абихто. З іншого боку, занадто жорсткі кордони можуть призвести до ізоляції людини або групи людей, що схоже на усамітнене життя у зачиненому замку, оточеному високими мурами, куди нікого не впускають і звідки ніхто не виходить. Ступінь міцності та проникливості кордонів не є заданим раз і назавжди.

Кордони допомагають нам:

- визначити (ідентифікувати) свою особистість, щоб краще зрозуміти себе;
- врегулювати свої потреби, обов'язки, можливості та свою діяльність;
- реалізувати свій потенціал;
- захистити себе від контролю з боку інших;
- зберегти свою мету та місію у житті;
- захистити свої найкращі особисті активи (знання, тіло, навички, вміння).

Професійні кордони – це прийняті та очікувані межі психологічної, соціальної і фізичної дистанції між лікарем та його пацієнтом, які визначають їхні ролі та очікування.

Дотримання «терапевтичної» дистанції до пацієнтів допомагає лікарям вибудовувати професійні межі у спілкуванні, запобігають емоційному вигоранню та захищають лікарів від страждань пацієнтів.

Особисті стосунки з пацієнтом, коли лікар емоційно з ним пов'язаний, можуть зашкодити лікарю і вплинути на об'єктивність його рішень. Тому емоційні кордони дуже важливі. Лікар не повинен лікувати членів своєї сім'ї чи друзів, з якими емоційно пов'язаний, стосунки лікар – пацієнт є першорядними й інші важливі стосунки не мають цьому суперечити.

Неефективні або погано встановлені кордони можуть призвести до:

- втрати поваги до себе та з боку інших;
- втрати контролю над власним життям;
- відчуття провини;
- втрати інтересу до життя.

Незадоволені цілі можуть призвести до тривоги та депресії.

Професійні кордони захищають пацієнтів:

- Інтереси пацієнта мають завжди бути на першому місці.

- Пацієнти часто є дуже вразливими, адже для того, щоб отримати лікування, вони зобов'язані розкривати інтимні подробиці про себе та своє життя незнайомій людині.
- Коли пацієнт може довіряти лікарю, такі стосунки можуть бути лікувальними (терапевтичними).

Професійні кордони захищають лікарів:

- Лікарі можуть емоційно вигорати, якщо не розрізнятимуть власні емоції та страждання пацієнтів.
- Особисті, а тим більше сімейні стосунки з пацієнтом можуть (через емоційні зв'язки) вплинути на об'єктивність рішень лікаря та зашкодити правилу «стосунки лікар – пацієнт мають бути першорядними».
- Допмагають врегулювати лікарям робочі відносини з пацієнтами (лікар – не робот, який працює 24/7)
- Забезпечують приватність та право на гідність лікаря, як особи.

Приклади здорових і нездорових кордонів

Здорові кордони міцні, частково проникливі, у разі їхнього порушення людина швидко їх відновлює.

Варіанти нездорових кордонів:

- «без рамок» – людина не відчуває, де закінчується вона і починаються інші;
- виснажені, слабкі, легко проникливі, важко відновлювані кордони;
- ригідні кордони, позбавлені гнучкості та «точок входу» для інших людей.



Рис.9. Кордони
Джерело: www.casv.org.au/healthy-boundaries/

Приватність

Одним з базових прав людини є повага до її приватності. Приватність стосується як інформації щодо стану здоров'я пацієнта, що є лікарською таємницею, так і фізичної приватності. Повага до всіх аспектів приватності пацієнта у закладах охорони здоров'я дає можливість забезпечити фізичний, психічний та емоційний комфорт пацієнтів та підвищує ефективність та якість надання медичної допомоги.

Принципи дотримання приватності пацієнта у лікарняних закладах:

- під час інтервенцій/процедур не мають перебувати сторонні особи;
- двері зачинені (або фіранка закрита);
- оголення частин тіла пацієнта лише за його/її згодою;
- не допускається переміщення пацієнта оголеним;
- згода на присутність сторонніх осіб (наприклад, інтернів);
- одностатеві палати та вбиральні (з урахуванням маршруту пацієнта);
- згода на лікаря іншої статі;
- сторонні особи, у тому числі персонал, не має бути присутнім або чути розмову з пацієнтом, спілкування у палаті притишеним голосом;
- фото- та відеозйомка лише за згодою.

Приклад проведення ультразвукового обстеження

– Добрий день, пані Оксано, будь ласка, проходите. Мене звати Петро Іванович, я лікар УЗД і сьогодні буду проводити вам обстеження. Під час процедури буде також присутня медична сестра Ірина Василівна, вона буде занотовувати результати обстеження.

– Добрий день.

– Вас скерували на дослідження органів малого тазу та грудних залоз. Чи ви знаєте, як проводиться дане обстеження, чи маєте запитання щодо проведення самої процедури обстеження?

– Ні, я вже робила подібні процедури.

– Якщо у вас виникнуть запитання, будь ласка, задавайте. А зараз пройдіть будь ласка за ширму – для обстеження потрібно зняти весь одяг вище поясу. Можете не роззуватися. Я зачиняю кабінет на ключ, щоб ніхто нас не турбував.
[У кутку кабінету стоїть ширма, за якою два стільці, серветки, кошик для сміття, бахіли].

– Ви готові? Будь ласка, лягайте на ліжко на спину. Можемо розпочати обстеження?

– Так. *[Проводиться дослідження грудних залоз].*

– Дякую, тепер ви можете одягнутись, і для проведення наступного обстеження необхідно зняти весь одяг нижче поясу, будемо робити обстеження органів малого тазу. Якщо вам потрібні серветки, вони є за ширмою.
[Пацієнтка перевдягається за ширмою, проводиться дослідження органів малого тазу].

– Одягайтеся, будь ласка. Обстеження завершено. Присядьте, будь ласка, Ірина Василівна за кілька хвилин дасть вам заключення.

Матеріали освітнього проекту «Методичні рекомендації щодо дотримання принципів гідності пацієнтів в лікарнях» можна подивитись за посиланням

phcapital.org/wp-content/uploads/2021/02/metodychni-rekomendacziyi-proyekt.pdf



Підсумки:

Пацієнт є суб'єктом прийняття рішень.

Спільне прийняття рішень є ключовим компонентом охорони здоров'я пацієнта.

Професійні кордони важливі для ефективної взаємодії лікар – пацієнт.

Відповідальність за встановлення і дотримання кордонів лежить на лікарях.

У випадку порушення кордонів треба обговорювати ситуацію, яка виникла, і шукати шляхи її вирішення. Кордони у стосунках на прикладах кейсів

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Кейс 1

Лікарка Яблунева є сімейним лікарем пана Сливово близько 20 років. Пану Сливову 51 рік, він слюсар у цеху з виготовлення верстатів. Попередньо почувався практично здоровим, однак після серцевого нападу йому встановлено пейсмейкер і призначено протиаритмічне лікування. Він не може повернутися на роботу і тому втрачає своє медичне страхування.

Через кілька місяців після цього втручання пан Сливов відвідує свого сімейного лікаря – пані Яблуневу – і повідомляє, що його страхування закінчується і він вже не зможе купувати необхідні ліки, оскільки попередні пошуки легшої роботи виявились безрезультатними.

Наступного дня пан Квітко, товариш сімейного лікаря Яблуневої, розповідає пану Сливову, що шукає працівника на посаду, яка б, на думку пані Яблуневої, відповідала вмінням і навичками її пацієнта, який перебуває в пошуках роботи.

Як поступила пані Яблунева?

Чи має лікар допомагати пацієнтам за межами надання медичної допомоги? Чому?

Кейс 2

Молода лікарка в чоловічій палаті на огляді. У палаті 8 ліжок, прохід між ліжками вузький і поставити крісло неможливо. Для огляду пацієнта необхідно присісти на його ліжко або сусіднє (з дозволу іншого пацієнта). Під час вимірювання артеріального тиску у пацієнта, який знаходиться в лежачому положенні, пацієнт кладе свою руку лікарці на коліна, не питаючи її дозволу. Лікарка намагається точно виміряти артеріальний тиск і зосереджується на процедурі попри неприємні почуття, які викликає чужа рука на її колінах і погляди пацієнтів на сусідніх ліжках, котрі спостерігають за процедурою вимірювання тиску. Тиск виміряно, лікарка прибирає руку пацієнта. Наступного дня ситуація повторюється. Лікарка знову прибирає руку пацієнта зі своїх колін. На третій день лікарка вже не дає можливості пацієнтові покласти руку їй на коліно, для чого змінює тактику: вимірює артеріальний тиск стоячи біля пацієнта й не присідає поруч. Як оцінити цю клінічну ситуацію (дії пацієнта і лікаря)?

Які кордони у стосунках пацієнт – лікар у цій ситуації порушені?
Як запобігти порушенню кордонів і правильно поступити в цій ситуації?

Кейс 3

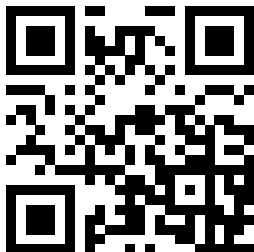
Тарас і Петро дружать уже багато років поспіль. Щомісяця першої суботи вони зустрічаються, щоб пограти футбол. Петро – хірург-проктолог, найкращий серед абдомінальних хірургів в своєму регіоні. Однієї суботи Тарас повідомляє Петру, що у нього діагностували захворювання кишківника, яке потребує оперативного лікування згідно рекомендацій сімейного лікаря, і просить Петра прооперувати його, мотивуючи тим, що Петро – найкращий фахівець у цій сфері. Петра переповнюють різні почуття: з одного боку, він не хоче відмовити товаришу, а з іншого – переживає щодо етичних моментів такого рішення, оскільки перебуває в тісному емоційному зв'язку з Тарасом.

Як в цій ситуації поступити Петру?
Які кордони у стосунках пацієнт – лікар у цій ситуації можуть бути порушені?
Як це впливає на взаємодію лікаря і пацієнта?

Які порушення кордонів ви відчули?	Що вказує на порушення кордонів зі сторони пацієнта або лікаря?	Що можна зробити?

Повна авторська версія тексту
теоретичного матеріалу заняття
знаходиться за посиланням

bit.ly/3DU9cwF



ТЕМА 5

Конфіденційність



ТЕМА 5

КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

З усією повагою до прав пацієнтів зібрана Оленою Горською та Наталією Рудаковою



Олена Горська, викладачка кафедри медико-профілактичних дисциплін та лабораторної діагностики, Рівненська медична академія.



Наталія Рудакова, викладачка кафедри психічного та фізичного здоров'я, Львівська медична академія імені Андрея Крупинського.

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ:

- Знати принципи автономності, приватності і конфіденційності в охороні здоров'я.
- Вміти застосовувати ці принципи у роботі з пацієнтами.

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	яку інформацію та в яких обсягах потрібно надавати пацієнту; що важливо знати про конфіденційність: чому це важливий принцип та які є основні юридичні моменти.	як коректно надавати інформацію та визначати, який рівень деталізації потрібен для кожного пацієнта; як на практиці забезпечити конфіденційність, право людини на автономію; як обговорювати з пацієнтом рішення щодо ходу лікування та допомагати приймати рішення.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Поняття «інформація» та «конфіденційна інформація».
Автономність, її принципи, поняття «інформована згода».

Приватність та принципи її досягнення. Правила збереження приватності в медичних закладах.

Конфіденційність, принципи її дотримання. Нормативно-правова база дотримання конфіденційності.

Відповідальність за розголошення лікарської таємниці.

Умови, за яких можна порушити принципи конфіденційності.

Доступ до інформації пацієнтові: обов'язки медичних працівників, ризики. Особливість доступу інформації про дітей.

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ

ПОНЯТТЯ «ІНФОРМАЦІЯ» ТА «КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ»

Інформація

(1) документовані або публічно оголошені відомості про події та явища, що мали або мають місце в суспільстві, державі та навколишньому природному середовищі;

(2) будь-які відомості та/або дані, які можуть бути збережені на матеріальних носіях або відображені в електронному вигляді.

Конфіденційна інформація

Інформація, доступ до якої обмежено фізичною або юридичною особою, крім суб'єктів владних повноважень, та яка може поширюватися у визначеному ними порядку за їхнім бажанням відповідно до передбачених ними умов.

Не може бути віднесена до конфіденційної інформація, яка пов'язана з виконанням обов'язків особами, якщо вони виконують делеговані повноваження суб'єктів владних повноважень згідно із законом чи договором, включаючи надання освітніх, оздоровчих, соціальних або інших державних послуг;

Розпорядники інформації, які володіють конфіденційною інформацією, **можуть поширювати її лише за згодою осіб**, які обмежили доступ до інформації, а за відсутності такої згоди – лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини (3).

АВТОНОМНІСТЬ, ЇЇ ПРИНЦИПИ, ПОНЯТТЯ «ІНФОРМАТИВНА ЗГОДА»

Автономність – це незалежність від будь-чого, стан, при якому суб'єкт і об'єкт управління збігаються.

Принцип автономії пацієнтів реалізується у декількох важливих елементах:

- пацієнт має отримати повну і всебічну інформацію про стан власного здоров'я (медпрацівники мають таку інформацію пацієнтові надати) у доступній формі;
- пацієнту мають бути запропоновані варіанти лікування;
- перед кожною інтервенцією пацієнту має бути надана інформація, щодо заходів, які будуть здійснені, та щодо можливих побічних реакцій, які можуть проявитися у пацієнта під час процедури тощо;
- пацієнт має право бути залученим до прийняття рішення та робити власний вибір щодо варіантів лікування (спільне прийняття рішення). При спільному прийнятті рішення щодо обрання варіанта лікування має застосовуватися біопсихосоціальна модель, у якій пацієнт розглядається як цілісна особистість, а не лише як біологічний організм, мають враховуватися психологічні та соціальні складові пацієнта;
- пацієнт має надати згоду щодо будь-яких медичних втручань, діагностики, аналізів, лікування тощо. Інформована згода може не вимагатися у випадках, коли пацієнт не має спроможності надати таку згоду, коли необхідна невідкладна допомога і немає інших відомих вказівок пацієнта, у разі загрози для громадського здоров'я (туберкульоз, сказ, холера тощо). Щодо останнього випадку необхідні чіткі операційні процедури про втручання, які можливо робити без згоди;
- пацієнт має право відмовитися від лікування. При цьому персонал лікарні має надати повну інформацію про стан пацієнта, можливі варіанти лікування, ризики та переваги, про наслідки відмови від лікування. Необхідно також переконатися, що пацієнт розуміє надану інформацію, що рішення приймається свідомо, що причини, які лежать в основі такого рішення, є суттєвими і не можуть бути подоланими. Для консультування пацієнта варто залучити інших спеціалістів, наприклад, психолога, соціального працівника, священника, залежно від переконань пацієнта;
- пацієнт має надати згоду щодо поширення інформації про стан його/її здоров'я членам сім'ї, близьким особам.

Інформована згода

Вимога щодо надання інформованої згоди пацієнта передбачена законодавством України. Водночас найчастіше до цієї вимоги у лікарнях ставляться формально. Документ «Інформована добровільна згода пацієнта» підписується один раз, часто під час госпіталізації, пацієнти не завжди розуміють, що і навіщо підписують. При цьому подальша діагностика та медичні втручання можуть відбуватися без інформованої згоди. Водночас необхідно вказати, що інформована згода може надаватися не лише у письмовій формі, але і усно. Деякі країни ЄС відходять від практики письмової інформованої згоди саме з тих причин, що підписаний пацієнтом документ не завжди означає насправді інформовану згоду щодо всіх медичних втручань.

Більш важливим елементом у реалізації цього принципу є надання повної і достовірної інформації пацієнту, а також попередження про всі ризики втручання. Також існують випадки, коли людина отримує підтримуюче лікування (вентиляцію легень). Рішення щодо припинення або продовження підтримуючого лікування приймається на основі кращих інтересів пацієнта. У цьому випадку необхідно враховувати якість життя пацієнта, те, наскільки довго пацієнт проживе та з якою якістю життя, якщо лікування продовжиться, існування шансів на одужання пацієнта.

ПРИВАТНІСТЬ ТА ПРИНЦИПИ ЇЇ ДОСЯГНЕННЯ. ПРАВИЛА ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРИВАТНОСТІ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ

Приватність інформації:

- взаємозв'язок між збором і розповсюдженням даних
- технології
- суспільне очікування недоторканності приватного життя
- правові та політичні питання, пов'язані з ними.

Рекомендації стосовно досягнення фізичної приватності:

- під час інтервенцій, при яких треба роздягатися, у кімнаті, де здійснюється така процедура, не має перебувати сторонніх осіб, у тому числі

персоналу лікарні, які не задіяні безпосередньо до здійснення інтервенцій. Якщо інтервенція відбувається у палаті, де розміщено декілька пацієнтів, то ліжко пацієнта необхідно щільно закрити ширмою або закрити пацієнта простирадлом;

- процедури, що передбачають роздягання пацієнтів, мають відбуватися у закритих приміщеннях, місця для роздягання пацієнтів мають бути закриті ширмою. Медичний працівник, що здійснює процедуру, має спочатку описати пацієнтові її хід та те, що може відчувати пацієнт, а також попередити про початок процедури. Пацієнт має надати згоду на початок проведення процедури (це може бути обов'язкова письмова форма, однак і усна згода або навіть сигнал, наприклад, кивок головою);
- медичні працівники не мають просити роздягатися більше, ніж того вимагає процедура;
- після завершення процедури пацієнт має одягнутись, перш ніж продовжити спілкування;
- не допускається переміщення пацієнта оголеним по території лікарні;
- допоміжні засоби, що можуть спричинити дискомфорт для пацієнтів (як-от кало- та уриноприймачі, катетери тощо), мають бути прикриті простирадлом відповідно до побажання пацієнта;
- під час огляду пацієнтів у палатах, у яких розміщено декілька пацієнтів, рекомендується не обговорювати деталі огляду, а у разі необхідності спілкуватися з пацієнтом притишеним голосом;
- у палатах з декількома ліжками рекомендується наявність пересувних ширм, що розділяють ліжка і можуть створювати приватний простір для пацієнта;
- необхідно забезпечувати відокремлене перебування пацієнтів різних статей, у тому числі роздільні вбиральні. Винятки можуть стосуватися палат інтенсивної терапії;
- пацієнтам має бути надана можливість обирати медичний персонал, що надає їм послуги, такої ж статі (за наявності відповідного персоналу). Така потреба в цілому є більш актуальною для жінок. У будь-якому разі при проведенні процедур, що передбачають роздягання, має бути присутній медичний працівник однієї статі з пацієнтом;

- у лікарні мають бути організовані приватні кімнати для спілкування членів сім'ї та близьких осіб пацієнта. Якщо немає можливості передбачити це у плануванні лікарні, має бути наданий інший простір для спілкування сім'ї наодинці з пацієнтом після важливих повідомлень або для прийняття складних рішень;
- фото- та відеозйомка пацієнтів у лікарні може здійснюватися лише за їхньої згоди;
- персонал лікарні має отримати згоду на присутність інтернів при огляді пацієнта.

Рекомендації щодо присутності інтернів/резидентів/студентів при огляді пацієнта:

- запит про присутність студентів або інтернів є звичайним виявленням ввічливості, а пацієнти розуміють, що до них ставляться з повагою. Водночас вони зберігають певний контроль над ситуацією, в якій опинилися;
- щоб такий запит не виявився для пацієнтів сюрпризом, про можливу присутність студентів чи інтернів необхідно попереджати заздалегідь;
- навіть якщо лікарня є клінічною базою медичних навчальних закладів, пацієнт повинен мати можливість відмовитися від присутності студентів або інтернів.

Конфіденційність, принципи її дотримання

Нормативно-правові база дотримання конфіденційності

Конфіденційність:

- властивість усього, що не підлягає розголосові; довірливість, секретність, суто приватність;
- властивість інформації, яка полягає в тому, що інформація не може бути отримана неавторизованим користувачем і (або) процесом;
- представлення, що людині при зверненні за медичною допомогою не слід турбуватися, побоюючись, що її стан буде розкрито іншим людям.

Метою конфіденційних стосунків між пацієнтом та медичним працівником є довіра та комфортність при наданні обома сторонами будь-якої відповідної інформації.

До інформації, що необхідно захищати, належать:

- персональні дані
- стан здоров'я
- емоційний стан
- фінансова інформація.

Що охоплює конфіденційність лікаря та пацієнта?

Все, що пацієнт може розкрити медичному працівнику, а також будь-які думки та висновки, які медичний працівник може сформулювати після огляду або оцінки стану пацієнта. Конфіденційність охоплює всі медичні записи (включно з історією хвороби, вже наявними захворюваннями, рентгеном, лабораторними звітами тощо), а також зв'язок між пацієнтом та лікарем – як і сам факт звернення людини до лікаря.

Порушення конфіденційності – це будь-яка передача приватної інформації про пацієнта третій стороні без згоди пацієнта. Конфіденційність пацієнта захищена законодавством України. Якщо приватна інформація про пацієнта розголошується без його/її дозволу та завдає пацієнтові певної шкоди, він або вона мають право подати позов проти медичного працівника за зловживання, втручання в приватне життя чи інші делікти. Звісно, якщо пацієнт погодився на розкриття інформації, порушення не відбулося.

Скільки триває конфіденційність між лікарем та пацієнтом?

Обов'язок конфіденційності зберігається і після того, як пацієнт перестав відвідувати або лікуватися у цього конкретного лікаря, і після смерті. Якщо пацієнт помирає, його медична карта та інформація все ще захищаються конфіденційністю між лікарем та пацієнтом.

Рекомендації щодо дотримання принципів конфіденційності інформації:

- доступ до конфіденційної інформації має бути лише у тих працівників, які її потребують. Цей доступ має бути обґрунтованим;
- до захисту конфіденційної інформації належить і вимога щодо належного знищення носіїв даних (наприклад, за допомогою шредера);
- медична інформація пацієнтів, наприклад, результати аналізів, не може бути загальнодоступною;
- не допускається вилучення та зберігання лікарнею особистих документів пацієнта, зокрема паспорта;
- не допускається поширення або обговорення інформації про пацієнта зі сторонніми особами, у тому числі персоналом лікарні, не залученим до лікування та догляду за пацієнтом;
- пацієнту має бути наданий вільний доступ до медичних записів про нього, у тому числі інформації про те, хто має чи мав доступ до відповідних медичних записів;
- не допускається обговорення та засудження пацієнтів персоналом лікарні.

Алгоритм дотримання конфіденційності в лікарні:

1. при вході до палати або іншого закритого простору (наприклад, місце, відгороджене шторою) персонал лікарні має постукати або в інший спосіб попередити пацієнтів про своє наближення; при можливості – запитати у пацієнта, чи це зручний час для огляду чи розмови;
2. спілкування має відбуватися на одному рівні (якщо пацієнт лежить, то необхідно присісти біля нього перед початком розмови);
3. в жодному випадку не можна кричати через всю палату про призначені маніпуляції!
4. пояснювати діагноз та процедуру лікування пацієнтам треба доступною мовою, уникаючи професійних термінів;
5. не допускається обговорення питань щодо лікування та догляду за пацієнтом у його/її присутності без його/її залучення.

Під час виписки з лікарні:

- пацієнт має бути поінформований щодо подальшого лікування, догляду, а також контактних даних осіб, до яких пацієнт може звертатися у разі потреби;
- потрібно вислухати пацієнта у разі виникнення скарг і пропозицій;
- потрібно запропонувати пацієнту заповнити анонімну анкету щодо оцінки діяльності лікарні.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Кейси для обговорення

Кейс 1

До шкільного психолога на прохання класної керівниці звернулась дівчина 15 років зі скаргою на постійний тиск з боку однолітків. Причина знущань – дитина вчиться на «відмінно», постійно переживає за оцінки, плаче, коли має оцінку нижче за 10, не цікавиться життям однокласників, їхніми захопленнями. Вона «не така, як всі», «біла ворона». Дитина в процесі розмови постійно протирає собі руки гігієнічною серветкою, скаржиться на поганий сон, бажання, думки суїцидального характеру. Після консультації класна керівниця зайшла до психолога та запитала, чи все добре з дівчинкою. Психолог детально описала стан дівчинки та сказала вчительці, що батькам дитини потрібно звертатися до дитячого психіатра, оскільки є проблеми з психічним здоров'ям.

Кейс 2

Студент заповнює анкету на вступ до навчання онлайн. В анкеті є питання про ВІЛ-статус. Воно є обов'язковим. Чи має право навчальна організація вимагати оприлюднити інформацію про ВІЛ-статус при заповненні анкети?

Кейс 3

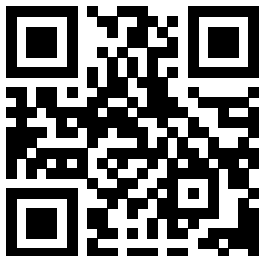
Головний лікар приватної пластичної клініки приймає на роботу молоду лікарку та досить відверто розпитує у неї про особисте життя, стан здоров'я, плани на майбутнє і просить заповнити добровільну згоду про небажання найближчим часом (3 роки) йти у декретну відпустку.

Питання у рефлексивний щоденник:

Медична інформація належить пацієнтам. Проаналізуйте це твердження.

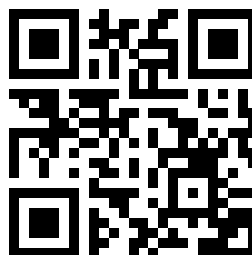
Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3EpdbTc



Повна версія заняття за посиланням:

bit.ly/3rEgdPQ



ТЕМА 6

Кризові емоційні стани та погані новини



ТЕМА 6

КРИЗОВІ ЕМОЦІЙНІ СТАНИ ТА ПОГАНІ НОВИНИ

Методичні матеріали дбайливо підібрані Іриною Боровик та Наталією Повар



Ірина Боровик, доцентка кафедри терапії та сімейної медицини. Тернопільський національний медичний університет імені Івана Горбачевського



Наталія Повар, викладачка кафедри медико-профілактичних дисциплін та лабораторної діагностики, Рівненська медична академія

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

- Знати і вміти застосовувати протокол SPIKES для повідомлення поганих новин
- Вміти підтримувати пацієнта в кризові моменти, після отримання поганих новин, наприкінці життя.

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	що таке кризові емоційні стани та як вони впливають на взаємодію; стадії горювання.	як комунікувати в станах високої емоційної напруги та стресу;повідомлення поганих новин.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина – 3 хв.

Рефлексія: «Які теми розмов є важкими для лікаря», або «Які новини про стан здоров'я є поганими для пацієнта?», або «Що переживає пацієнт, коли йому повідомляють погані новини?», або «Згадайте випадки з вашого життя або практики, коли некоректно повідомляли погані новини?» – 12 хв.

Короткий розбір теоретичного матеріалу (міні-лекція) – 10 хв.

Рольова гра (консультація пацієнта з хронічним невиліковним захворюванням, наприклад, цукровий діабет, ревматоїдний артрит або пацієнта, котрий потребує оперативного втручання) з подальшим обговоренням зі студентами – 60 хв.,

або акваріумна дискусія повідомлення поганих новин з наступним дебрифінгом – 60 хв. (фокус дебрифінгу: що важливіше чітко дотримання алгоритму чи відчуття, емоційна підтримка?),

або розбір та обговорення кейсів у малих групах з подальшим дебрифінгом зі студентами – 30 хв. + аналіз консультацій з повідомленням поганих новин (коректних і некоректних) на відео – 30 хв.

Підведення підсумків – 5 хв.

Усього 210 хв.

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН

Поняття поганих новин психологами трактується як будь-яка інформація, яка серйозно і негативно впливає на уявлення особи про його або її майбутнє. Всі погані новини мають серйозні несприятливі наслідки для пацієнтів та їхніх сімей. Погані новини – поняття суб'єктивне: ми не можемо оцінити їхній вплив на особу, не знаючи того, на що сподівається одержувач поганих новин, і його страхів. Наприклад, пацієнтка буде шокована, якщо їй повідомити, що її біль в спині посилюється через рецидив раку молочної залози, в той час як вона думала, що біль спричинений м'язовим спазмом. Вплив поганих новин пропорційний їхньому впливу на зміну очікувань пацієнта.

Важливо визначити центральний елемент поганої новини: що саме робить її поганою для пацієнта. Найчастіше це те, що зменшує тривалість життя (діагностика серйозного захворювання), те, що пов'язане з втратою функцій, обмеженням життєдіяльності, значним погіршенням якості життя (діагностика хронічного невиліковного захворювання).

Приклади захворювань, які є для пацієнта поганими новинами:

- серйозні захворювання, що обмежують тривалість життя (рак, гематологічні злоякісні захворювання, прогресуючі захворювання серця, легенів, нирок, печінки різної етіології, прогресуючі неврологічні захворювання, синдром набутого імунodefіциту);
- хронічні захворювання, що змінюють життя (цукровий діабет, артеріальна гіпертензія, ревматологічні захворювання, хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, хронічна ниркова недостатність, цироз печінки, хронічні захворювання легенів такі як ХОЗЛ, муковісцидоз).

Повідомлення поганих новин про важку хворобу, що зменшує тривалість життя, або хронічну хворобу, що змінює життя, про підтримку пацієнтів під час захворювання – це, мабуть, одна з найбільш стресових функцій, яку повинен виконувати будь-який лікар.

Чому лікарі не хочуть повідомляти погані новини?

Впродовж своєї кар'єри кожен лікар може повідомляти несприятливу медичну інформацію пацієнту і його/її родичам багато разів. Аналіз проведених досліджень підтвердив, що особа, яка повідомляє погані новини, часто відчуває сильні емоції, такі як тривога, тягар відповідальності та страх негативної оцінки. Повідомляти погані новини особливо важко в тому випадку, якщо пацієнт молодий, а можливостей для успішного лікування немає або вони обмежені. В будь-якому випадку ситуація ускладнюється, якщо лікар не має досвіду в тому, як сповіщати погане. Часто лікарі (медичні працівники) не готові до вираження емоцій пацієнтом, бояться звинувачень на свою адресу, побоюються, що будуть звинувачені у некомпетентності, а також того, що не будуть в змозі відповісти на всі запитання пацієнта і його родичів.

Погані новини: чому це важливо?

Пацієнтам потрібна правда. До кінця 1970-х років більшість лікарів не були відкриті під час повідомлення онкологічним пацієнтам їхнього діагнозу. Однак дослідження наступних років стали вказувати на те, що пацієнти хотіли знати інформацію про свій стан. Наприклад, опубліковане 1982 року опитування 1251 американця виявило, що 96% з них бажали знати, якби у них діагностували злоякісну пухлину; також 85% хотіли в разі поганого прогнозу знати реалістичну оцінку тривалості життя, що залишилося. Дослідження онкологічного центру Шотландії, що включало 250 пацієнтів, показало, що від 91% до 94% осіб хотіли знати шанси на успіх лікування і ймовірність та тяжкість побічних ефектів.

У Північній Америці принципи інформованої добровільної згоди, самостійності пацієнта і прецедентне право створили чіткі етичні та правові зобов'язання, спрямовані на те, щоб надати пацієнтам якомога більше інформації, яку вони хочуть знати про своє захворювання і лікування. Лікарі не можуть відмовити пацієнтові в інформації, навіть якщо це може справити на нього небажаний вплив. Ідея про те, що отримання медичної інформації про своє здоров'я призведе до нанесення психологічної травми, є необґрунтованою. Багато пацієнтів бажать знати точну інформацію, яка допоможе зробити важливі життєві рішення.

Однак розкриття правдивої інформації без належного співчуття і підтримки пацієнта може мати негативні наслідки так само, як і неправда щодо його стану. Практика обману пацієнта не може бути змінена на грубе і бездушне повідомлення правди.

Як методика повідомлення поганих новин може допомогти лікарю і пацієнту?

Коли лікарям некомфортно повідомляти погані новини, вони можуть уникати обговорення тривожної інформації, такої як несприятливий прогноз, або вселяти пацієнтові невиправданий оптимізм. Замість цього необхідно ідентифікувати життєві цінності пацієнта, його бажання брати участь в прийнятті рішень, обов'язково звертати увагу на його переживання, страхи, тривоги. Все це може спонукати пацієнта брати участь в прийнятті складних рішень щодо подальшої лікувальної тактики, особливо коли передбачається низька ефективність лікувальних програм. В такому разі лікарі будуть відчувати менше тривоги при повідомленні поганих новин, будуть менше схильні до стресу і емоційного вигорання.

Процес повідомлення поганих новин можна уявити як **спробу досягнення чотирьох цілей**. Перша – це **збір інформації** від пацієнта. Це дозволить лікарю визначити знання пацієнта, його очікування і готовність до сприйняття поганих новин. Друга мета – **дати пацієнту інформацію** відповідно до його/її потреб і переживань. Третя мета – **підтримати одержувача поганих новин**, використовуючи навички зниження емоційної напруги. Кінцева мета – **за участю пацієнта розробити план наступних лікувальних дій**.

Досягнення цих цілей здійснюється шляхом виконання послідовних кроків протоколу, кожен з яких пов'язаний з конкретним досвідом. Не завжди при повідомленні поганих новин необхідне виконання всіх кроків, але при їхньому виконанні необхідно чітко дотримуватися послідовності.

Відповідно до зазначених цілей розроблено кілька протоколів для донесення поганих новин. Всі вони складаються з послідовних кроків. Найбільш поширеними в застосуванні в медичній практиці є методики **SPIKES**, **ABCD**, **BREAKS** та **PATIENT**.

SPIKES, ABCD, BREAKS , PATIENT

Шестикроковий протокол SPIKES

Більш детально розглянемо шестикроковий протокол SPIKES, який відмінно себе зарекомендував тим, що дає можливість хворому сприйняти важку для себе інформацію в більш емоційно врівноваженому стані. Послідовними кроками повідомлення поганих новин прописаними в протоколі SPIKES є наступні: **Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion and Empathy, Strategy and Summary** (Умови, Сприймання, Запрошення, Знання, Емоції та Емпатія, Стратегія та Підсумки). Автори посібника «Центри передового досвіду первинної медичної допомоги» виконали літературний переклад етапів протоколу SPIKES українською. Відповідно, методика ПІДХІД: Підготовка, Інформованість, Дозвіл, Хвороба, Істерика, Допомога далі.

Отже, розглянемо кожен крок протоколу SPIKES окремо.

1. Встановлення відповідних умов

Setting up – Створення відповідних умов – Підготовка

Запитайте особу про те, коли йому або їй буде зручно поговорити про діагноз, чи хоче він/вона, щоб при цьому були присутні його/її рідні, близькі люди. Важливим елементом бесіди є забезпечення конфіденційності. Також попередньо необхідно виділити достатньо часу для розмови та унеможливити її переривання іншими особами (медичний персонал, пацієнти), вимкнути або залишити в іншому місці телефон. Виберіть окрему кімнату, сядьте біля пацієнта, демонструючи, що ви нікуди не поспішаєте, налагодьте зв'язок та зоровий контакт з пацієнтом.

2. Оцінка сприймання пацієнтом теперішньої ситуації

Perception of condition/seriousness – Усвідомлення становища/серйозності медичної проблеми – Інформованість

Перш ніж розповісти, запитайте.

Коли лікар намагається повідомити погану новину, йому легше відштовхуватися від того, що саме пацієнт вже знає про свою хворобу. Більшість пацієнтів усвідомлюють серйозність стану, а деякі можуть навіть знати свій діагноз. Тоді лікар може лише підтвердити погану новину, а не повідомити її.

З'ясуйте, що пацієнт знає про стан свого здоров'я. Запитайте про те, що він або вона знає про свій теперішній діагноз. На цьому етапі важливо визначити ступінь розуміння пацієнтом свого стану. Якщо у пацієнта хибне уявлення про свій стан здоров'я або він/вона заперечує наявність важкого захворювання, слід це прийняти як факт і на даному етапі не вступати в діалог. Також важливим є визначити, чи є у пацієнта якась форма заперечення захворювання: пропускає у своїй розповіді важливі «погані» деталі захворювання, має нереалістичні уявлення щодо лікування тощо.

Прикладами запитань на даному етапі можуть бути наступні:

Що ви вже знаєте про свій діагноз?

Яка ваша думка з цього приводу?

Чи розумієте ви те, для чого ми провели вам такі обстеження, як... (лабораторне обстеження на виявлення онкомаркерів, УЗД, рентгенологічне обстеження, КТ, МРТ, біопсію)?

3. Запрошення

Invitation – Заохочення пацієнта отримати інформацію – Дозвіл

Запитайте пацієнта, чи бажає він або вона знати деталі його/її стану здоров'я, знати про свій діагноз. Дізнайтеся, наскільки детальна інформація щодо діагнозу та прогнозу потрібна пацієнту. Деякі особи можуть висловити небажання щодо отримання інформації про їхнє здоров'я. Прийміть право пацієнта не знати про свій діагноз. Запропонуйте, якщо буде його/її бажання, розказати і відповісти на запитання пізніше. Запитайте думку і бажання пацієнта стосовно того, хто може бути тією особою, кому б лікар повідомив про його/її діагноз.

Прикладами запитань на цьому етапі можуть бути наступні:

У мене на сьогоднішній день вже є готові результати вашого обстеження. Чи хотіли би ви, щоб я їх пояснив/пояснила для вас більш детально?

Кому б ви хотіли щоб я повідомив/повідомила про ваш діагноз?

4. Знання. Повідомлення інформації

Knowledge: giving medical facts – Знання: надання медичних фактів – Хвороба

Використовуйте зрозумілу для пацієнта мову. Враховуйте рівень освіти, соціально-економічний фон, актуальний емоційний стан пацієнта, подайте інформацію невеликими порціями. Перевірте, чи розуміє пацієнт сказане, відгукуйтесь на реакції пацієнта, коли вони виникають.

Розпочніть з «тривожних знаків», наприклад: «Коли ми провели УЗД печінки, ми діагностували невелику ділянку затемнення, що зазвичай є ознакою раку, ви це розумієте?»

Говоріть відверто, але співчутливо. Розмовляйте в темпі пацієнта. Покроково, короткими реченнями пояснюйте ситуацію. Уникайте бажання говорити, щоб подолати власний дискомфорт. Паузи, тиша, сльози – це нормально в такій ситуації. При цьому не потрібно поспішати, подавати всю інформацію одномоментно або великим об'ємом; неприпустимо бути прямолінійним і грубим; не потрібно зловживати евфемізмами (пом'якшувальні або маскувальні слова і вирази), використовувати медичний жаргон, давати прогнози.

Приклад адекватного повідомлення: «На останньому обстеженні вам було виконано біопсію, взято частинку тканин для обстеження. На жаль, результати біопсії не є втішними. Мені шкода, але маю вам сказати, що ми виявили пухлину».

Пам'ятайте, що пацієнту, зважаючи на емоції, буде важко запам'ятати всю подану інформацію, тому повторюйте ключову інформацію, використовуйте графічні зображення або схеми, записуйте основні положення. Нехай пацієнт розповість вам про своє розуміння того, що ви сказали. Заохочуйте запитання, за потреби використовуйте повторення та виправлення.

5. Емоції та емпатія

Emotion and Empathy – Емоції та Емпатія – Істерика

Проявляйте емпатію. Розпізнайте емоції пацієнта та реагуйте на них. Будьте уважні до мови тіла. Довідайтесь, які емоції турбують пацієнта. Визначте основну причину емоцій і дайте пацієнтові час висловити свої почуття.

Приклади запитань:

Чи став ваш діагноз шоком для вас?

Поясніть мені, як ви почуваетесь?

Пам'ятайте про когнітивні прояви горювання (наприклад, заперечення, звинувачення, інтелектуалізація, недовіра, прийняття). Будьте емпатичними; доречно сказати «вибачте» або «не знаю». Не вступайте в дискусії й не критикуйте колег. Не потрібно давати порожніх обіцянок, вселяти фальшиву надію або вирішувати проблеми пацієнта. Доречним є лише слухання і узагальнення. Якщо пауза затягнулась, знову можна запитати про емоції:

Як ви зараз почуваетесь через отримані новини?

Чого ви боїтесь найбільше?

Що вас тривожить найбільше?

6. Стратегія (план) та підсумок

Strategy and Summary – Стратегія та Підсумки – Допомога далі

Лікар підбиває підсумок зустрічі, висвітлюючи основні моменти угоди між ним та пацієнтом. Коротко формулюються плани лікування і догляду на майбутнє. **Необхідно зосередити увагу на практичних та психологічних корективах у повсякденному житті особи.** Бажано письмово підкріпити ваші спільні рішення, бо сприйняття пацієнтів у таких ситуаціях може погіршуватись.

Пропонуйте можливість доступу до вас в будь-який час і підтримуйте оптимістичний погляд на майбутнє.

Запитайте про те, кому з рідних і близьких пацієнт хоче повідомити про свій діагноз. Запропонуйте наступного разу прийти з ними. Обов'язково призначте дату наступної зустрічі і переконайтесь в безпеці пацієнта після того, як він або вона вийде з вашого кабінету. Варто дізнатись, чи хтось може допомогти йому/їй дістатись додому і допомогти та підтримати вдома.

Крім цього, пацієнта слід запевнити, що лікар братиме активну участь у всіх наступних планах, що стосуються можливого лікування та догляду.

Отже, наприкінці зустрічі дійдіть з пацієнтом згоди щодо подальших дій, узагальніть переживання пацієнта, дізнайтесь, з якими емоціями пацієнт від вас йде. Вкрай важливо створити для людини атмосферу довіри і розуміння, що вона не залишається сам на сам із складною ситуацією.

Під час повідомлення поганих новин потрібно використовувати всі технології **людиноорієнтованого консультування пацієнта**, бути емпатичним, розпізнавати емоції, не боятись сліз і мовчання, підтримувати контакт очима, подавати інформацію невеликими порціями, простими реченнями, повторювати і уточнювати, регулярно перевіряти розуміння, давати час на реагування. Запитуйте про те, чого найбільше боїться пацієнт. Ідентифікація страхів пацієнта допоможе з'ясувати те, яка допомога йому або їй буде необхідна в майбутньому. Можна використовувати тактильний контакт, якщо це є для вас природним. Потрібно бути чесними, говорити правду. Якщо ви не впевнені в чомусь, скажіть, що ви це з'ясуєте і скажете пацієнтові пізніше.

Повідомлення поганих новин – це кваліфіковане складне спілкування. Суб'єктивним є те, яку кількість правдивої інформації необхідно донести пацієнтові. Але правильно структурована та добре організована комунікація з дотриманням загальних принципів людино-орієнтованого консультування має позитивний терапевтичний ефект.

ДОГЛЯД У КІНЦІ ЖИТТЯ

Згідно з даними досліджень, більше 2/3 опитаних хотіли б зустріти смерть вдома, серед рідних і близьких осіб. Але часто так буває, що пацієнтам доводиться зустрічати смерть у лікарні. У будь-якому разі дуже важливим є дотримання основних принципів гідності в кінці життя. Кожен має право знати про невиліковність хвороби і про скору смерть. Важливо за можливості розмовляти з пацієнтом про його/її патологію, запитувати його/її думку, брати згоду на повідомлення родичам і близьким про прогноз захворювання, залучати до прийняття важливих рішень, що стосуються медичної допомоги, та допомагати робити вибір. Винятком можуть бути лише випадки недієздатності особи. Якщо пацієнт вирішив померати вдома, то медичний заклад має організувати його транспортування та зв'язатись з сімейним лікарем для надання медичної допомоги на дому. Людям не властиво замислюватись над тим, як вони реагуватимуть на сповіщення про те, що в результаті певних змін вони наближаються до смерті.

В діалозі з невиліковним пацієнтом можна задати такі запитання:

Ви думали про смерть?

Чи хочете ви, щоб я розповів про те, що такі зміни можуть статися?

Також варто переконати пацієнта, що ви зробите все можливе, щоб він або вона не відчував/ла болю. Потрібно запевнити пацієнта, що ви допоможете йому/їй почуватись комфортно і спокійно.

В лікарнях рекомендується розміщувати пацієнтів, які очікують смерті, у одиночних палатах. Для пацієнтів у кінці життя та їхніх близьких мають бути забезпечені приватність та комфортність.

Основним страхом для більшості невиліковних осіб є страх болю, тому з метою зменшення страждань пацієнтів має бути забезпечена адекватна знеболююча терапія. Доцільно запропонувати пацієнтам в кінці життя та їхнім близьким особам інформаційну, психологічну і духовну підтримку.

П'ять рекомендацій щодо того, як спілкуватися з невиліковно хворим, із книги Анастасії Леухіної «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними»:

- Не беріть на себе провідну роль у розмові.
- За нагоди покажіть, що ви усвідомлюєте наближення кінця.
- Говоріть про свою любов.
- Не відкладайте прощальні слова на останній момент.
- Дотики теж можуть передавати емоції.

Важливим є нагадати про **правила доступу до пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії** у нашій країні. Згідно з наказом МОЗ № 592 від 15.06.2016 «Про затвердження Порядку допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії» затверджено цілодобовий сім днів на тиждень доступ до пацієнтів всіх відділень, блоків, палат інтенсивної терапії усіх закладів охорони здоров'я. Один відвідувач може перебувати біля ліжка пацієнта без часових обмежень. Одночасно біля пацієнта може бути не більше двох осіб. Відвідувачем може бути будь-яка особа незалежно від родинних стосунків.

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО СМЕРТЬ

Повідомляти родичам пацієнта про його/її смерть – смерть близької людини – потрібно якнайшвидше, не пізніше, ніж за годину після констатації смерті. Інформацію про смерть повинен повідомляти лікуючий лікар особисто.

У випадках, коли близьких осіб немає в медичному закладі, їм повідомляється телефоном про необхідність негайного прибуття до лікарні.

Під час повідомлення про смерть близької людини насамперед потрібно запропонувати особі сісти. Далі варто сказати про факт смерті. Не потрібно повідомляти людині велику кількість додаткових даних, оскільки все одно далі сприйняття нею інформації погіршується. Можна запропонувати склянку води, запитати про те, що людина планує робити далі.

Потрібно враховувати, що деякі особи будуть потребувати психологічної підтримки. Не потрібно тиснути і ставити багато запитань, тим більше звинувачувати родичів пацієнта у його/її смерті. Важливо враховувати духовні та моральні цінності, культурні та національні традиції [20] пацієнта та його родини.

Підсумовуючи, повідомляти погані новини — частина щоденної медичної практики. Погана новина – це завжди погана новина, як би добре її не повідомляли. Але сам спосіб сповіщення може справляти глибокий вплив як на одержувача (пацієнта), так і на того, хто повідомляє (лікар). Якщо процедура повідомлення була неналежною, то це погіршує стан пацієнта, якість його/її життя, і в подальшому контакт із медичним працівником буде неможливий. Погане спілкування призводить до згубних наслідків, а хороше спілкування зцілює пацієнта. Відсутність належної підготовки лікаря призведе до його/її емоційного відсторонення від пацієнтів. Навички спілкування можна покращити за допомогою навчальних програм та практичних тренінгів. Повідомлення поганих новин – це практична навичка, якою мають володіти всі медичні працівники.

КРИЗОВІ ЕМОЦІЙНІ СТАНИ

Кризовий стан – психічний і психологічний стан людини, що пережила психічну травму чи перебуває під загрозою можливості психотравмуючої події. Стан характеризується відчуттям хвилювання, тривоги різної інтенсивності; фіксацією на психотравмуючій ситуації; переживанням безпомічності, безнадії; песимістичним оцінюванням себе, актуальної ситуації і майбутнього; утрудненням у плануванні діяльності. Кризові стани можуть

переживатись як в екстремальних ситуаціях, так і у звичайному житті під впливом стресових подій.

Кризами є:

- критична (надзвичайна) ситуація, в якій робити щось необхідно негайно (серцевий напад, ДТП, пожежа);
- ситуація, що вимагає зміни в способі життя або прийняття рішень, які будуть мати довгостроковий ефект (встановлення діагнозу хронічного захворювання, зміна роботи, пошук (віднаходження) супутника життя);
- результат неефективних або нерозумних методів подолання ситуації, які використовуються при зіткненні з вищезазначеними ситуаціями.

Криза трапляється, коли людина зустрічається з перепонами до її важливих життєвих цілей, перепонами, які на даний час є непереборними, нездоланними, якщо використовувати звичайні методи вирішення проблеми.

Психологічна криза – порушення афективно-когнітивної рівноваги психічної діяльності, спричинене зовнішніми обставинами. Характеризується дезорганізацією життя, рівень якої пропорційний мірі порушення адаптаційних можливостей людини; дисбалансом конструктивних і руйнівних тенденцій у психічній діяльності, що обумовлює формування агресивної чи аутоагресивної форми поведінки.

Зазвичай психологічна криза триває від чотирьох до шести тижнів. Це період підвищеної психологічної уразливості людини, але з можливістю для її особистого росту і розвитку.

Люди, які входять до лікувального закладу, найімовірніше переживають тривогу, а деякі – справжню кризу. Потрібно враховувати, що кожен проходить свій шлях, не такий, як в інших.

Життя людини завжди пов'язане із втратами. Раніше чи пізніше кожна людина переживає втрату (працездатності, здоров'я, стосунків, житла, грошей, омріяного майбутнього, роботи тощо), внаслідок чого спосіб її життя може різко змінитися. Будь-яка втрата завжди супроводжується психологічними переживаннями, однак найтрагічніші для людини події пов'язані із втратою близьких людей.

Горе – універсальне людське переживання, реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього; це переживання включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач.

Але позбутися страждань можна, лише переживаючи страждання. Тобто, страждання, або «робота горя» (Е. Ліндемман), – це природний процес, необхідний для того, щоб оплакати смерть близької людини і пережити втрату, стати незалежним від втрати, пристосуватися до реалій життя і побудувати нові стосунки з людьми й зі світом.

СИНДРОМ ГОСТРОГО ГОРЯ – психологічний симптомокомплекс, що розвивається після смерті особливо значущої людини. Проявляється:

- інтенсивним відчуттям фізичного страждання (нападами задухи, прискореного серцебиття, м'язової слабкості, втрати апетиту);
- емоційним напруженням із можливим розвитком шокової реакції;
- захопленістю образом втрати з можливим ілюзорним сприйняттям реальності;
- відчуттям провини стосовно померлого;
- агресивністю, ворожістю до інших людей;
- зміною поведінки, недоцільними діями, обумовленими звуженням мотиваційної сфери;
- ідентифікацією з втратою.

1958 року швейцарська психіатриня Елізабет Кюблер-Росс почала працювати в американських лікарнях і була вражена відсутністю методик психологічної допомоги хворим, які вмирили, та їхнім близьким і рідним. «Все було знеособлено, увага приділялась виключно технічній стороні справи, – говорила вона 1983 року в інтерв'ю на радіо BBC. Смертельно хворі пацієнти були кинуті напризволяще, з ними ніхто не розмовляв».

1969 року вийшла з друку книга Кюблер-Росс «Про смерть та вмирання», в якій авторка цитувала типові вислови своїх пацієнтів і описала п'ять емоційних станів, котрі проходять пацієнти з потенційно смертельним діагнозом. Це заперечення, гнів, торг, депресія і прийняття.

Першою емоцією людини, яка почула про невиліковний діагноз, є **заперечення**: «Я не можу в це повірити», «Цього не може бути!», «Не зі мною!». Як правило, це лише тимчасова захисна реакція людини, аби встигнути адаптуватись та зробити важливі дії, спосіб відгородитися від сумної реальності – як усвідомлений, так і неусвідомлений. Основні ознаки заперечення: небажання обговорювати проблему, замкнутість, спроби вдавати, що «все в порядку», невіра в те, що трагедія насправді відбулася. Зазвичай, людина, перебуваючи на цій стадії горя, намагається витіснити свої емоції, щоб не зруйнуватись їхньою інтенсивністю, але рано чи пізно стримувані почуття прориваються і починається наступний етап – **етап гніву**.

«Чому це сталося зі мною? Це несправедливо!», «Ні! Я не можу цього прийняти!». Гнів, а часом навіть лють, спричинені обуренням, відчаєм через несправедливу і жорстоку долю. Виявляється гнів по-різному: людина може злитися й на себе, і на окремих людей, і просто на ситуацію. Важливо не засуджувати людину, яка переживає цей етап, не провокувати сварки. Варто пам'ятати, що причина злості людини полягає в горі і що це лише тимчасова стадія.

Далі йде **період торгу** – це період надії, людина тішить себе думками, що трагічну подію можна змінити або запобігти їй шляхом укладення контрактів із Богом, з життям. Людина думає, наприклад, так: «Якщо я пообіцяю це робити (чи не робити), то Ти, Господи, не допустиш цих змін у моєму житті». Іноді торги набувають вигляду забобонів: людина звертається до нетрадиційних методів лікування, знахарок, екстрасенсів, бере участь в релігійних обрядах, вірячи, що завдяки цьому всі її проблеми зникнуть.

Після торгу приходить **депресія**: «Я нічого не хочу», «Я така/ий нещасна/ий, мене нічого не цікавить», «Все жахливо... Для чого робити спроби?». Коли людина, яка переживає скорботу, розуміє, що торги не дають результатів, що трагічні зміни реальні, вона впадає у стан пригніченості, депресії, у неї зникає життєва сила. Це необхідна стадія горювання, щоб перестати витрачати сили на марні спроби змінити ситуацію і заощадити їх для подальших змін.

Зрештою приходить **стадія прийняття**: «Я не можу змінити цього, але я можу бути з цим», «У мене ще є час для втілення найбажаніших мрій». Коли людина розуміє, що трагічні події скасувати неможливо (померлий не повернеться), вона підходить до стадії прийняття. Це не щасливий стан, а швидше покірне прийняття фактів змін і відчуття, що вона повинна з цим

змиритися. На цьому етапі люди вперше за весь процес горювання починають оцінювати перспективи. Хоч і важко, але потрібно рухатися вперед. Хоча Кюблер-Росс і не включила надію у свій список п'яти стадій, однак вважала, що **надія** – це важлива нитка, яка пов'язує всі стадії горювання. Надія дає віру в можливі хороші зміни, в те, що у всього є особливий сенс, який ми зрозуміємо згодом, – рано чи пізно все минає.

Після книги Елізабет Кюблер-Росс, що одразу стала бестселером, були написані тисячі наукових праць, в яких теорія п'яти стадій застосовувалась до різних людей та ситуацій.

«Невиліковні хворі можуть навчити нас всьому: не тільки як вмирати, але й як жити» – сказала Кюблер-Росс 1983 року. Вона заснувала хоспіси в багатьох країнах (перший з них – 1999 року у Нідерландах). Журнал Time включив її до списку ста найважливіших мислителів XX століття.

Що доводиться переживати, відчувати і чому доводиться вчитись пацієнту під час зустрічі з поганими новинами:

1. Під час повідомлення діагнозу – шок, заперечення, обурення або ступор. Цей стан триває зазвичай три доби.
2. Необхідність впоратися з емоціями, які провокує хвороба: страх, жах, гнів, відчай, смуток, провина, сором і тощо.
3. Розуміти, перетравлювати і запам'ятовувати багато складної і часто незрозумілої інформації.
4. Спілкуватися з різними лікарями і медсестрами, кожен з яких зі своїм характером і настроєм і теж в ситуації стресу.
5. Розуміти статистику, що має відношення до прогнозу з його/її захворювання.
6. Справлятися з невідомістю і невпевненістю в майбутньому і водночас не втрачати надії.
7. Будувати довірчі відносини з лікарем і сестрами, підтримувати їх протягом усього лікування.
8. Приймати рішення з приводу лікування, залишаючись в ситуації непередбачуваності результату.

9. Вчитися по-новому поводитись, вчитися бути в певному сенсі здоровим в ситуації хвороби.

10. Втрачати багато з колишніх соціальних зв'язків, соціальних і сімейних функцій, переживати ці втрати.

11. Брати участь у новій розбудові сімейної системи і переживати пов'язані з цим емоції: провину, сором, страх, образу, розпач, надію, новий рівень довіри.

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ВАЖКОЇ ВТРАТИ

*Втрата близької людини – це завжди криза.
Кризовими є гостра ситуація чи момент часу
для прийняття якогось рішення, поворотний пункт,
дуже важливий момент.*

Гленніс Перрі, «Життєва криза»

Ситуація втрати характеризується розгубленістю і стресом; люди в кризових ситуаціях переживають негативні почуття – страх, провину, відчай тощо. Перед тим, як описати специфіку консультування у випадках кризи, пов'язаної з втратою, смертю близької людини, наведемо базові принципи такого консультування (кризової інтервенції):

1. Людина, якій надається психологічна допомога в момент кризи, є компетентною стосовно власного життя і здатною робити вибір.
2. Під час кризової інтервенції фахівець бере активну участь у всьому, що відбувається з потерпілим, щоб оцінити ситуацію і скласти план дій.
3. Мінімальна мета кризової інтервенції – запобігти катастрофі; основоположна мета – відновлення рівноваги; кінцева мета передбачає подальше життя особи.

4. Спеціаліст має надавати підтримку, «бути з людиною», тобто емоційно допомагати їй пережити процес горювання.
5. Необхідно дотримуватись балансу самостійності особи і його/її потреби у підтримці.

Примирення з втратою – тривалий природний процес, і його не слід прискорювати. Людина потребує захисних механізмів, особливо на ранній стадії «роботи горя», коли вона або він ще не готова/ий прийняти смерть і реалістично думати про неї. Тому фахівець має дати людині можливість використовувати заперечення чи інші механізми психологічного захисту. Роль слухача є найкращою тактикою в роботі з людиною, яка переживає втрату. Бути поряд із засмученою особою і слухати її – найважливіша підтримка. Не слід поверхнево заспокоювати людину в скорботі. Зніжковіння та формальні фрази призводять до незручної ситуації: людині треба дати можливість виражати будь-які почуття і сприймати її з ними толерантно. Інше дуже важливе завдання фахівця – навчити близьких правильно реагувати на скорботу людини, яка переживає втрату. Психологічну допомогу потрібно надавати відповідно до стадій переживання горя.

Допомога на стадії шоку

На цьому етапі людина зазвичай потребує інтенсивної опіки. Необхідно бути поруч із людиною, що зазнала втрати, не залишати її на самоті. Виявляти свою турботу й піклування краще використовуючи тактильні засоби. Саме так люди виражають співчуття, коли їм не вистачає слів. Навіть звичайне рукостискання краще, ніж холодна ізоляція.

Слід підкреслити, що в період втрати страждання полегшується присутністю родичів, друзів, причому істотна не їхня дієва допомога, а легка доступність близьких протягом декількох тижнів, коли скорбота найбільш інтенсивна. Людину, що переживає втрату, не потрібно залишати на самоті, проте її не слід і «перевантажувати» опікою – велике горе долається лише з часом. Людині в горі потрібні постійні, але ненав'язливі відвідини та добрі слухачі.

Допомога на стадії гострого горя

Слід говорити про померлого, причини його смерті та почуття людини у зв'язку з цією подією. Необхідно розпитувати про померлого, слухати спогади про нього, розповіді про його життя. У випадку насильницької або раптової смерті потрібно неодноразово обговорювати детально всі подробиці трагічної події до того часу, поки вони не втратять свого жахливого, травмуючого характеру – лише тоді людина, котра втратила родича або близького, зможе оплакувати померлого. Необхідно їй дати можливість виплакати, не намагаючись утішити. Поступово слід долучати людину до повсякденної діяльності.

Допомога на стадії відновлення

Треба допомагати особі знову включитися в повсякденне життя, планувати майбутнє. Оскільки людина може неодноразово повертатися до переживань гострого періоду, необхідно давати їй можливість знову говорити про померлого. Горювання, оплакування є адекватною реакцією на смерть, воно прийнятне, необхідне, і припиняти його не можна. Робота горя триває стільки, скільки людині потрібно, щоб впоратися із важкою втратою. Корисними можуть бути кілька прийомів, які допомагають фахівцю успішно працювати з втратою, зокрема:

- використання речей (наприклад, фотографії, особисті речі тощо), що допомагають людині, яка пережила втрату, підтримувати роботу горя;
- використання арт-терапії;
- повторні розпитування;
- вправи, які спонукають людину реалістично поглянути на стосунки, наприклад, складання списків позитивних і негативних рис характеру померлого;
- листи до померлого;
- перебудова поведінки, наприклад, зменшення відвідувань цвинтаря чи іншого місця пам'яті, збільшення числа відвідувань відповідних місць, де є особи, які потребують сторонньої допомоги.

В основному процес роботи горя проходить під час взаємин із рідними та близькими.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

На заняттях із студентами краще використовувати відеоматеріали, роботу в малих групах, рольову гру, вибираючи такі захворювання, як цироз печінки, ревматоїдний артрит, цукровий діабет, бронхіальна астма, хронічна хвороба нирок.

На заняттях з курсантами доцільніше проводити акваріумну дискусію або роботу в малих групах з обговоренням дотримання основних положень при повідомленні поганих новин.

Кейси для обговорення

Кейс 1

з «Жовтої книги» – книги Анастасії Леухіної «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними» (стор. 114)

Історія про Максимка і його маму, яка сама собі повідомила про його смерть:

«О 9:15 ранку вдома лунає дзвінок. Напередодні наш дводенний Максимко потрапив до реанімації.

– Ви – Леухіна Анастасія Геннадіївна?

– Так.

– Вас турбують із дитячої лікарні. Привезіть терміново ваші паспорти та свідоцтво про шлюб.

І я вмить розумію, що не просять привезти гроші та ліки, значить, в цьому вже немає потреби. Залишилось тільки залагодити бюрократичні дрібниці. Отже, Максимка вже немає.

– Він помер? – запитую.

У відповідь тиша. А потім:

– Чекаємо на вас з документами якомога скоріше.

Бабуся Максима чергувала усю ніч на холодних сходах перед закритою реанімацією. Він помер, коли вона була за дверима, але їй про це не сказали, не дали попрощатися. Нам з чоловіком про це теж фактично не сказали. Просто дозволили здогадатися.

Чому лікарі не хочуть повідомляти погані новини?»

Кейс 2

Чоловік 60 років звернувся за медичною допомогою до лікаря-гастроентеролога у зв'язку з погіршенням загального самопочуття. Його турбує виражена загальна слабкість, гіркота в роті, нудота, інколи блювота, відрижка тухлим, поганий апетит, відраза до м'ясної їжі, постійна важкість, періодичний тупий біль в правому підребер'ї. Скарги з'явилися близько 2-3 тижнів після лікування застуди. Зі слів хворого, 6 місяців тому був оперований у столичному хірургічному центрі з приводу виразки шлунка. Після операції почувався задовільно. Медична документація відсутня. Наполягає на тому, що зі шлунком у нього все добре, а причиною проблем, на його думку, є печінка.

При об'єктивному обстеженні в черевній порожнині пальпується пухлинноподібний утвір, щільний, чутливий. Печінка збільшена, тверда, неоднорідна, бугриста. Хворому призначено додаткові методи обстеження. ЗАК – анемія, підвищене ШОЕ, БАК – підвищення білірубіну, трансаміназ. На УЗД множинні метастатичні ураження печінки.

Пацієнтові повідомлено про прогресування захворювання. Пацієнт поводить себе грубо, зухвало, висловлює припущення щодо поганої кваліфікації медперсоналу, категорично відмовляється від ЕГДС, КТ, консультації хірурга-онколога, хіміотерапевта, мотивуючи тим, що хірург, який його оперував (професор), запевнив його в тому, що після операції він проживе ще більше 10 років. Лікарі пропонують покинути медичний заклад і знову поїхати до його лікуючого лікаря до Києва.

Питання для обговорення:

Яка стадія прийняття поганої новини має місце?

Чи вірною є поведінка медичних працівників?

Кейс 3

Жінка 38 років, другі пологи, передчасні (30 тижнів). Дитина народилась живою. Дитина знаходилась у відділенні інтенсивної терапії без мами, за 32 години померла. Про смерть дитини лікар повідомив однією фразою: «Ваша дитина померла». Тіло дитини віддали батькові. Жінку через дві доби виписали з лікарні. Чоловік сказав їй, що йому страшно і боляче було поховати дитину. Запропонував їй зробити це самій. Жінка поховала свої дитину сама. Минув місяць. Жінка не розмовляє зі своїми рідними (чоловіком, свекрухою, своєю донькою) і друзями. При зустрічі з знайомими відвертається і уходить.

Питання для обговорення:

Яка стадія втрати?

Чому лікар повідомив жінці про втрату саме в такий спосіб?

Як потрібно працювати з жінкою та її рідними в ситуації перинатальної втрати?

Кейс 4

До лікуючого лікаря прийшла дружина пацієнта, який переніс геморагічний інсульт, щойно вийшов з церебральної коми. Дружині пояснено про серйозність наслідків такого захворювання, про те, що чоловік не зможе ходити, можливо й сидіти, потребуватиме постійного стороннього догляду, психічний стан його також змінений. Дружина почувається розгубленою. Хоче, щоб чоловік жив, незважаючи на проблеми психічного та фізичного характеру, плаче, запевняє, що зробить все можливе для нього і він таки буде ходити.

Питання для обговорення:

Яка стадія прийняття поганих новин має місце?

Які поради краще дати дружині хворого?

Команду в якому складі повинно буде сформувати для надання медичної допомоги пацієнтові?

Кейс 5

з «Жовтої книги» – книги Анастасії Леухіної «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними» (стор. 55)

Історія про Тетяну, новину в конверті й план

«Вона – лікарка. Одна з найкращих гінекологів-ендокринологів у Києві. ...Вона сама виявила у себе ущільнення і пішла робити мамографію. Звернулася до приватної клініки, щоб не зустрічатися ані з колегами-лікарями, ані зі своїми пацієнтами. «Я чекала на результат мамографії в коридорі о десятій ранку. До мене вийшла асистентка лікаря і мовчки передала конверт із діагнозом «рак» усередині. Незважаючи на те, що я і так знала, що зі мною, що я грамотна і поінформована, я ридала, коли відкрила конверт і прочитала діагноз. Кілька хвилин тому лікар побачив пухлину, написав (чи написала) слова «рак грудей» і висновки, але чому не спромігся сказати мені про це особисто? Адже тоді навіть кілька слів підтримки стали б для мене опорою. А мовчки передати конверт і залишити пацієнта з таким страшним діагнозом – це жорстоко».

Питання до обговорення:

Чому лікарі не хочуть повідомляти погані новини?
Якими є основні потреби пацієнта під час повідомлення поганих новин?

Кейс 6

з «Жовтої книги» – книги Анастасії Леухіної «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними» (стор. 60)

Історія про маму Аню і про те, як важливо знайти компетентних спеціалістів і бути поруч

«...Головні болі, блювота, кров з носа... Йому тільки гіршало. Син непритомнів, аж кричав від болю... Лікар цей був нейрохірургом і працював у дорослій обласній лікарні Кіровограда (зараз Кропивницький). Ось тут пішло і поїхало: «Мамочко, ви куди дивитесь? У дитини пухлина в голові, а ви нічого не робите! Куди ви досі дивилися? Терміново везіть його до Києва в Інститут нейрохірургії!»

Питання для обговорення:

Як ви оцінюєте повідомлення поганої новини лікарем?

КНИГИ ТА ФІЛЬМИ ПРО ЖИТТЄВІ КРИЗИ

Книги

Фредеріка де Грааф, «Розлуки не буде»
Анна Данилова, «Від смерті до життя»
Віктор і Розмарі Зорза, «Шлях до смерті. Жити до кінця»
Анастасія Леухіна, «Зовсім не страшна книга про життя, смерть і все, що поміж ними»
Генрі Марш, «Історії про життя, смерть та нейрохірургію»
Йоанна Салига, «Хустка»
Шеріл Сендберг, «План В»
Антоній Сурожський, «Життя. Смерть. Хвороба»
Ерік-Емманюель Шміт, «Оскар і рожева пані»
Ірвін Ялом, «Вдивляючись у сонце. Життя без страху смерті»

Фільми

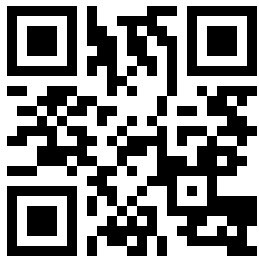
«Винні зірки» (реж. Джош Бун), США, 2014
«Всесвіт Стівена Хокінга» (реж. Джеймс Маш), Велика Британія, Японія, США, 2014
«Головне – не боятися!» (реж. Ніколь Кесел), США, 2011
«Дихай заради нас» (реж. Енді Серкіс), Велика Британія, 2017
«Доктор» (реж. Ренда Хейнс), США, 1991
«Достукатись до небес» (реж. Томас Ян), Німеччина, 1997
«Життя прекрасне» (реж. Джонатан Лівайн), США, 2011
«За п'ять кроків до кохання» (реж. Джастін Бальдоні), США, 2019
«Моє життя без мене» (реж. Ізабель Койшет), Іспанія, 2003
«Не здавайся» (реж. Гас ван Сент), США, 2011
«Поспішайте любити» (реж. Адам Шенкман), США, 2002
«Солодкий листопад» (реж. Пет О'Коннор), США, 2011 (також попередня екранізація п'єси Хермана Раучера "Солодкий листопад", реж. Роберт Елліс Міллер, США, 1968)
«Третя зірка» (реж. Хетті Далтон), Велика Британія, 2010
«Якщо я залишусь» (реж. Ар Джей Катлер), США, 2014

Питання у рефлексивний щоденник:

Що переживає пацієнт, коли йому повідомляють погані новини?
Які є плюси і мінуси перебування родичів у відділенні інтенсивної терапії?

Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3Dioybj



Повна версія заняття
за посиланням:

bit.ly/3ombqk4



ТЕМА 7

Конфлікти та складні розмови



ТЕМА 7

ПАЦІЄНТИ В СКЛАДНИХ СИТУАЦІЯХ. КОНФЛІКТ

Матеріал дбайливо підготовлений Юлією Турпаковою та Наталією Галіяш



Наталія Галіяш, доцентка кафедри педіатрії,
Тернопільський національний медичний університет
імені Івана Горбачевського



Юлія Турпакова, викладачка дисциплін педіатричного
профілю, Рівненська медична академія

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Ставлення	Знання	Навички
людиноцентризований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	що таке конфлікт, причини виникнення, основні стратегії попередження та поведінки в конфліктних ситуаціях;	демонстрація ефективного емпатійного спілкування, уникнення конфліктних типів спілкування та поведінки;
	ситуації, в яких пацієнт може стати «складним». Пошук ефективного підходу до пацієнтів в кризових емоційних станах.	оцінка емоційного стану пацієнтів;
		спілкування з пацієнтами в складних емоційних станах;
		розв'язання конфлікту шляхом розв'язання проблеми; виявлення емпатії.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина – **5 хв.**

Перевірка початкового рівня знань (тестовий контроль) – **10 хв.**

Короткий розбір теоретичного матеріалу (міні-лекція). Альтернативний варіант – усне опитування/інтерактив/демонстрація відео – **20 хв.**

Розбір відеокейсів – **40-45 хв.** Запропонований варіант: обговорення кейсів у малих групах.

Рольова гра – **15 хв.** (підготовка всіх груп та презентація першої ситуації).

Дебрифінг – **20 хв.**

Презентація другої ситуації – **5 хв.**

Повторний дебрифінг – **20 хв.**

Презентація третьої ситуації – **5 хв.**

Повторний дебрифінг – **20 хв.**

Заключний тестовий контроль рівня теоретичних знань – **5 хв.** (за бажанням).

Підведення підсумків, оголошення оцінок – **10 хв.**

Усього 180 хвилин.

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Табл. 6.

П'ять стратегій поведінки в конфліктах (за Томасом Кілманом)

	Суть стратегії	Наслідки
Уникання: «Я не бачу конфлікту»	Заперечення існування конфліктної ситуації	Опонент відчуває дедалі більше образи і врешті-решт може прийняти імпульсивне рішення
Адаптація/ поступка	Відмова від власних інтересів на користь опонента	Сторона, яка жертвує, «вчить» партнера, що з її інтересами можна не рахуватися. Ці правила гри приймаються, і надалі інтереси сторони, схильної відмовлятися від своїх інтересів, більше не беруться до уваги
Компроміс	Взаємна поступка – відмова від частини своїх інтересів за умови, що друга сторона теж відмовиться від частини своїх інтересів	Всі жертвують, тому ніхто не залишається повною мірою задоволеним. Коли немає часу на перемовини, компроміс може бути не найкращим, але прийнятним і швидким рішенням
Конкуренція	Кожен відстоює свої інтереси, вдаючись до усіх засобів досягнення мети: примус, тиск, маніпуляції, шантаж. Інтереси опонента не беруться до уваги	Така модель зустрічається нерідко, але вона є дуже руйнівною для стосунків. Її наслідок – негативний, ворожий психологічний клімат
Співпраця	Обидві сторони докладають активних зусиль для досягнення мети	Не завжди, але частіше за усе ця стратегія – найефективніша. Вона дозволяє максимально реалізувати інтереси конфлікуючих сторін та зберегти (а іноді й покращити) стосунки між опонентами. Потребує часу, бодай мінімальної готовності опонентів досягати домовленості та почати перемовини

Основні тактичні ходи в конфлікті

Конфліктологи вивели такі правила сприяння конструктивному вирішенню конфліктної ситуації:

1. Намагайтесь адекватно оцінити власну поведінку в конфліктній ситуації.
2. Подивіться на проблемну ситуацію очима іншої людини.
3. Уникайте суджень щодо дій та висловлювань іншої людини.
4. Контролюйте свої емоції.
5. Запрошуйте іншу людину до обговорення спірних питань навіть тоді, коли ви можете взяти ініціативу на себе.
6. Враховуйте можливість фальсифікації інформації під час її передачі.

Психологи пропонують такі прийоми впливу на більш плідний розвиток напруженої ситуації:

- раціональне переконання (використання фактів і логіки для підтвердження своєї позиції);
- дружелюбна поведінка (створення в опонента враження про наявність у нього позитивних якостей);
- коаліційна тактика (прохання про підтримку, пропозиції про союз);
- укладання угод (взаємний обмін благами, обіцянки);
- управління увагою опонента;
- створення ефекту несподіванки, якщо спілкування розгортаються за деструктивним сценарієм.

Все це допоможе опонентам охолонути й оцінити стан справ, а потім прийняти виважене рішення.

Поради щодо досягнення безконфліктних стосунків:

- Не сперечайтесь через дрібниці.
- Не сперечайтесь з тим, із ким сперечатися марно (співрозмовник незручний і впертий), а також з тими, хто сперечатися з вами не збирається.
- Не сперечайтесь з тим, кому важливіше сперечатися, ніж з'ясувати та розв'язати проблему.
- Методика вирішення конфлікту шляхом розв'язання проблеми.
- Уникайте категоричності й різкості в процесі суперечки.
- Уникайте монологів і переходьте на діалог, тоді не буде часу на суперечки.

Послідовність дій

1. Визначте проблему в категоріях цілей, а не рішень (тобто не зосереджуйтесь на боротьбі з наслідками проблеми, а сформулюйте ціль заради її подолання і встановіть напрямок).
2. Після з'ясування суті проблеми розгляньте такі варіанти її розв'язання, які б влаштовували, певною мірою, всі зацікавлені сторони.
3. Сконцентруйте увагу на проблемі, а не на власних якостях опонента (перехід на особистості гарантовано загострює та заглиблює конфлікт).
4. Створіть атмосферу довіри, поліпшивши інформаційний обмін і взаємний вплив.
5. Під час спілкування прагніть досягти результату, при цьому не здавайте власних позицій, але й враховуйте конструктивні зауваження іншої сторони.

Правила ведення діалогу

Коли ви говорите:	Коли ви слухаєте:
будьте доброзичливими, поважайте партнера, з яким спілкуєтесь;	не шкодуйте часу для того, щоб вислухати партнера;
будьте ввічливими, уникайте категоричності, не читайте мораль;	терпимо й шанобливо ставтесь до того, хто говорить;
дотримуйтесь скромності у самооцінці, будьте ненав'язливими;	не перебивайте партнера, вислухайте його до кінця;
орієнтуйтеся на партнера, створюйте для нього/неї психологічний комфорт;	дайте партнерові виявити себе в спілкуванні, стимулюйте його активність;
постійно стимулюйте зацікавленість партнера у конструктивному спілкуванні;	використовуйте мовні, жестові, мімічні засоби емоційно-психологічної підтримки того, хто говорить.
дотримуйтесь логічного викладу своїх поглядів та пропозицій, не вживайте незрозумілих слів;	
підтримуйте увагу партнера, стимулюйте його/її активне сприйняття;	
обирайте такий стиль розмови, який був би сприятливим не лише для ситуації спілкування, а й для сприйняття партнером;	
враховуйте дистанцію в спілкуванні, систему жестикуляції і міміки тощо;	
помічайте емоції, проте не піддавайтесь ним.	

Пацієнт у складній ситуації: як спілкуватись?

6 правил:

1. Дозвольте співрозмовнику «випустити пару»

Спочатку вислухайте людину, щоб дати їй «випустити пару». Повторіть почуте, аби продемонструвати, що ви зрозуміли усе сказане. Розділіть почуття пацієнта, проте не погоджуйтеся з його/її скаргами (якщо вони несправедливі). Визнання почуттів зазвичай швидко знижує їхню амплітуду. Потім спокійно і впевнено висловіть власну точку зору, уникаючи критичних формулювань щодо «правди» пацієнта. Зробіть наголос на тому, що тепер, коли суть питання зрозуміла, необхідно визначити план дій для лікування, обстеження чи призначення.

2. Визначаємо істинні цілі сторін

Бажання пацієнта отримати призначення задля лікування рідше призводить до конфлікту, ніж намір порівняти діагноз та призначення, надане іншим фахівцем, у будь-який спосіб здобути лікарняний, довідку тощо. Найважливіше у випадках подібних запитів – відмовляти пацієнтові швидко, аргументовано і категорично, пояснюючи свою відмову посадовими інструкціями.

3. Працюємо з емоціями

Важливо вчасно зрозуміти емоції людини або відреагувати на їхню зміну. Рекомендуємо не заповнювати паперів, не вести електронних карток одночасно зі спілкуванням з пацієнтом. Слухайте не лише те, що пацієнт говорить: спостерігайте й за мовою його/її тіла, мімікою, тоном голосу.

Помітивши емоційну напругу, спробуйте вплинути на стабілізацію ситуації. Продемонструйте своє співчуття, заспокойте та підтримайте людину.

4. Жодного шансу «балачкам»

Балакучі пацієнти витрачають весь відведений на прийом час задля власного монологу. Лікарю потрібно перехопити ініціативу, проявити чималу активність, аби переключити пацієнта з малозначних деталей до дій тут і зараз. Попередьте про обмежену тривалість розмови, з'ясуйте ціль візиту, щоб тримати його в фокусі. Використовуйте більше закритих запитань або запитань, які потребують конкретного вибору.

5. Обережно: маніпуляція

Деякі пацієнти грають на почуттях інших, вдаються до лестощів, загрожують істерикою, скаргою головному лікарю, аби досягти власної мети. Головне правило в спілкуванні з такими особами – це усвідомити власні емоції, і не піддатися на емоції пацієнта. Не бійтеся говорити тверде «ні».

Гарним щитом від маніпулювання є виграш часу. Щоб уникнути ситуації, коли маніпулятор намагається позбавити вас часу на обдумування, використовуйте магічні фрази: «мені потрібно подумати», «ви не могли б викласти своє прохання письмово?» тощо.

6. Право на права

Щоб захистити колектив від безпідставних нападок з боку пацієнтів в складних ситуаціях (йдеться не про обґрунтовані скарги), варто розробити та затвердити відповідними наказами певні правила, які регламентують права лікарів. Наприклад, там може бути вказано, що якщо пацієнт використовує ненормативну лексику, лікар має право відмовитись від подальшого прийому.

Наявність подібних документів мінімізує виникнення різноманітних непорозумінь та подальшого розгортання конфліктної ситуації.

Табл. 7.

Протокол EBE

Протокол EBE (EVE)		
E	Емоція/Explore the Emotion	Емоцію слід ідентифікувати: • визначити, яка емоція переповнює пацієнта (злість, сум, страх, тощо); • з'ясувати, що її спричинило: «Чи могли б ви пояснити (деталізувати), що ви відчуваєте?»; • визнати її наявність: «Я розумію, що це могло вас розлютити».
B	Валідація емоції/Validate the Emotion	Валідація емоції: • підтверджує співрозмовнику, що ви розумієте доречність його/її емоції: «Я розумію, що вас розлютило», «Більшість людей на вашому місці почуватимуться так само (аналогічно)».
E	Емпатична відповідь/Empathic Response	Емпатична відповідь: • показує співрозмовнику, що його/її емоції розуміють та співчують йому/їй: «Мені дуже шкода, що так сталося, і я розумію, як ви почуваетесь зараз», «Я розумію, що вам зараз прикро та сумно. Мені шкода».

Чого слід уникати, розмовляючи з розлюченими пацієнтами

Пропонувати швидке виправлення

Часто пацієнти хочуть/потребують, щоб ви зрозуміли емоції, які вони відчують, а не знайшли швидке рішення. Очевидно, це буде залежати від сценарію, але зважте, чи варто придумувати швидке рішення, яке може навіть не принести вам очікуваної користі.

Злитися самому

Постарайтеся бути уважними та усвідомлювати, які почуття викликає у вас взаємодія з пацієнтом. Вас може обурити або розлютити не те, що пацієнт говорить, а те, як. Намагайтеся тримати контроль над своїми емоціями та залишайтеся професіоналом. Ви можете відчувати злість, але демонстрація цього пацієнту, і без того розлюченому, найімовірніше, ще більше ускладнить ситуацію. Можливо, розмова з іншою людиною (колегою) в такій ситуації допоможе знизити градус вашої внутрішньої напруги, або оцінити проблему інакше.

Оборонятися

Перейти в оборону може здатися природним, особливо якщо ви впевнені в неправоті опонента. Проте намагайтеся уникнути спокуси реагувати захистом, оскільки це може посилити гнів пацієнта.

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Рольова гра

Рольова гра (для малих груп, з можливістю загального дебрифінгу)

Ролі: 1 – медичний працівник; 1 – пацієнт; 1-2 – спостерігачі.

Тривалість: 25 хв. (10 хв. – підготовка; 2-3 хв. – презентація діалогу; 10-12 хв. – дебрифінг).

Приклад ситуації для рольової гри:

Пацієнт 63 років з підозрою на рак шлунку категорично відмовляється від проведення ФГДС. Скандалить. Вимагає негайно відпустити його додому. В анамнезі: хронічний гастрит; шлункова кровотеча два роки назад. На момент даної госпіталізації були скарги на порушення апетиту, схуднення. Обстеження було призначене лікарем відділення, який поїхав у відрядження, і зв'язатись з яким немає можливості.

Завдання для медичного працівника: переконати пацієнта виконати призначені обстеження (ФГДС).

Пропонуємо для кожної з малих груп використовувати однакову ситуацію, але змінювати тип пацієнта:

А – підозрілий пацієнт: недоброзичливий і підозрілий під час спілкування. Постійно всіх в чомусь підозрює.

В – балакучий пацієнт: багатослівний, постійно перестрибує з однієї теми на іншу, не може стисло відповідати на запитання.

С – маніпулятивний пацієнт: грає на почуттях інших, загрожує судовим позовом, самогубством, гнівається. Має імпульсивну поведінку, спрямовану на отримання того, що він хоче.

Е – сердитий пацієнт: напружений, не налаштований на співпрацю.

Д – тривожний пацієнт: розгублений, знервований, вимагає надмірної уваги і зусиль для переконання. В поведінці і в спілкуванні виявляє ознаки тривоги: тремтіння, пітливість, швидка мова тощо.

Табл.8

Приклад чек-листа для дебрифінгу

Дії медичного працівника	Опис /Критерії оцінки	Відмітка про виконання	Бали
Вітання	Медичний працівник вітається з пацієнтом		1
Самопрезентація	Називає своє ім'я		0,5
	Називає свою роль		0,5
Ідентифікація особистості пацієнта	Запитує ім'я пацієнта, вік (рік народження)		1
Збір інформації про суть конфлікту/ претензії	у чому суть скарги;		1
	коли у пацієнта виникли претензії;		1
	до кого звертались за додатковою інформацією/допомогою;		1
	які ресурси були застосовані для вирішення конфлікту/претензії		1
Визнання позиції іншої людини (почути і повторити) – як вербально, так і емоційно	Протокол EBE (EVE):		
	• ідентифікація емоцій;		1
	• валідація емоцій;		1
	• емпатична відповідь		1
Пояснення своєї позиції	Аргументована відповідь з поясненням/ тлумаченням складної термінології		1
Пропозиція вирішення проблеми	постановка задач;		0,5
	складання плану дій;		0,5
	пропозиція залучення додаткових ресурсів (людських, технічних, фармакологічних, матеріальних тощо);		0,5
	орієнтація на кінцевий результат		0,5
Обґрунтування. Посилання на факти	Використання статистичних даних, таблиць, графіків, ілюстрацій, нормативних документів, перевірених джерел інформації		1

Дії медичного працівника	Опис /Критерії оцінки	Відмітка про виконання	Бали
Звернення до пацієнта	Звернення на ім'я (ім'я по-батькові)		1
Правильне ведення діалогу	доброзичливість, повага до партнера;		0,5
	ввічливість, відсутність категоричності;		0,5
	скромність у самооцінці, ненав'язливість;		0,5
	орієнтація на партнера, створення для нього/неї психологічного комфорту;		0,5
	постійне стимулювання зацікавленості партнера у конструктивному спілкуванні;		0,5
	логічність у викладенні своїх поглядів та пропозицій;		0,5
	підтримка уваги партнера, стимулювання його/її активності в сприйнятті;		0,5
	вибір такого стилю розмови, який був би сприятливим не лише для ситуації спілкування, а й для сприйняття партнером;		0,5
	врахування дистанції, системи жестикуляції і міміки тощо під час спілкування;		0,5
	емоційна вираженість		0,5
Результат комунікації	Обрано стратегію для вирішення конфлікту/претензії		1
Набрана кількість балів Максимальна кількість балів – 21,5 Мінімальна кількість балів для зарахування – 15 (70%)			

Дебрифінг – зворотній зв'язок

4 етапи:

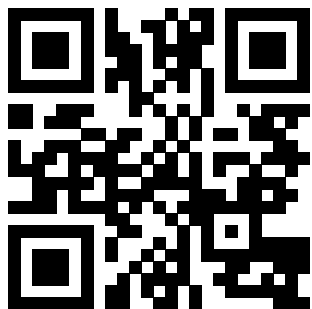
1. Студент: що я зробив добре.
2. Студент: що я міг/могла зробити краще.
3. Викладач: що було зроблено добре.
4. Викладач: що можна було зробити краще.

Питання у рефлексивний щоденник:

Чи боїтесь ви конфліктних ситуацій? Як конфліктні ситуації та спілкування з пацієнтами в складних ситуаціях впливають на вас?

Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3DullDe



Повна версія заняття
за посиланням:

bit.ly/31sh3V5



ТЕМА 8

Толерантність
та різноманіття:
як і чому працювати
з різними людьми



ТЕМА 8

ТОЛЕРАНТНІСТЬ ТА РІЗНОМАНІТТЯ

Методичні матеріали дбайливо підібрані Оксаною Петринич та Ольгою Говардовською



Оксана Петринич, доцентка кафедри сімейної медицини, Буковинський державний медичний університет



Ольга Говардовська, асистентка кафедри фтизіатрії та пульмонології, Харківський національний медичний університет

НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ

Ставлення	Взнання	Навички
людиноцентрований підхід як основа філософії відносин з пацієнтом.	толерантність та різноманіття.	як і чому працювати з різними людьми та поважати їх як людей.

СТРУКТУРА ЗАНЯТТЯ

Організаційна частина – 3 хв.

Рефлексія: «Чому лікарі можуть бути упереджені стосовно певних пацієнтів?» або «Згадайте випадки з вашого життя або практики, коли ви стали свідком/жертвою дискримінації при отриманні медичної послуги» – 12 хв.

Короткий розбір теоретичного матеріалу (міні-лекція) – 10 хв.

ВАРІАНТ А

рольова гра / гібридний пацієнт

рекомендовано для студентів 5-6 курсів.

Студенти напередодні заняття отримують завдання – 4 різні ситуації: наприклад, консультація пацієнта похилого віку; дитини з батьками; жінки з анемією після тривалого посту; пацієнта з депресією. На занятті студенти представляють свій випадок у вигляді консультації, де учасниками є лікар, пацієнт, члени родини. Всі студенти аналізують консультацію (згідно з Калгарі-Кембриджською моделлю) і висловлюються під час подальшого дебрифінгу (що зроблено добре,

ВАРІАНТ Б

рекомендовано для студентів 4 курсу

Розбір тих самих кейсів у малих групах з подальшим обговоренням зі студентами – 25 хв.

+ аналіз консультацій на відео: необхідно знайти відмінності в отриманій від пацієнта інформації та в тактиці подальших призначень лікаря залежно від коректності проведення консультації (джерело №8 у переліку відео) – 25 хв.

Тестовий контроль – 10 хв.

що можна покращити; спочатку висловлюються безпосередні учасники рольової гри, далі – інші студенти) – 55 хв.

Викладач підводить підсумки (що зроблено добре, що можна покращити) – 5 хв.

Підведення підсумків – 5 хв

Усього 90 хв.

Матеріали заняття

ЧАСТИНА 1. ТЕОРЕТИЧНІ МАТЕРІАЛИ

Люди по всьому світу стикаються з бар'єрами при доступі до якісного медичного обслуговування. У різних країнах і різних громадах причини цього можуть бути різними. Однак є деякі бар'єри, які зустрічаються повсюдно. До них відносять різні форми дискримінації, з якими стикаються певні групи населення.

ДИСКРИМІНАЦІЯ

Дискримінація (від лат. *Discriminatio* – відокремлення, відмінність) – це порушення принципу рівності. У Законі України «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» наводиться таке визначення: «Дискримінація – ситуація, за якої особа та/або група осіб за їхніми ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, віку, інвалідності, етнічного та соціального походження, громадянства, сімейного та майнового стану, місця проживання, мовними або іншими ознаками, які були, є та можуть бути дійсними або припущеними, зазнає обмеження у визнанні, реалізації або користуванні правами і свободами в будь-якій формі, встановленій цим Законом, крім випадків, коли таке обмеження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними».

Переліки ознак, за якими заборонено дискримінувати людей, у законодавстві кожної країни можуть різнитися – десь їх більше, десь менше, але є загальний принцип, який об'єднує такі переліки: вони мають бути відкритими. Відкритий перелік означає, що після того, як в законі перелічені всі ті ознаки, які згадано, не ставиться крапка, а написано «та інші ознаки».

Під «іншими ознаками» ми також розуміємо, зокрема:

- стан здоров'я (наприклад, ВІЛ-позитивний статус особи);
- спосіб життя (наприклад, споживання психоактивних речовин або надання послуг комерційного сексу);
- сексуальна орієнтація;
- ґендерна ідентичність;
- належність до профспілки;
- наявність судимості.

Формами дискримінації є:

пряма дискримінація – ситуація, за якої з особою та/або групою осіб за їхніми певними ознаками поводяться менш прихильно, ніж з іншою особою та/або групою осіб в аналогічній ситуації, крім випадків, коли таке поводження має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними;

непряма дискримінація – ситуація, за якої внаслідок реалізації чи застосування формально нейтральних правових норм, критеріїв оцінки, правил, вимог чи практики для особи та/або групи осіб за їхніми певними ознаками виникають менш сприятливі умови або становище порівняно з іншими особами та/або групами осіб, крім випадків, коли їхня реалізація чи застосування має правомірну, об'єктивно обґрунтовану мету, способи досягнення якої є належними та необхідними;

підбурювання до дискримінації – вказівки, інструкції або заклики до дискримінації стосовно особи та/або групи осіб за їхніми певними ознаками;

пособництво у дискримінації – будь-яка свідома допомога у вчиненні дій або бездіяльності, спрямованих на виникнення дискримінації;

утиск – небажана для особи та/або групи осіб поведінка, метою або наслідком якої є приниження їхньої людської гідності за певними ознаками або створення стосовно такої особи чи групи осіб напруженої, ворожої, образливої або зневажливої атмосфери.

Пропонуємо переглянути відеоролик «Дискримінація. Форми дискримінації» посилання www.youtube.com/watch?v=2MV-xdvSg8k&list=PL7GVCn-95zwDj4pBh5M3lADpQaozZyO5l&index=90

Дискримінація в медичній сфері може бути такою:

- відмова в медичній послугі чи відмова зареєструвати вас пацієнтом у клініці;
- відмова в продовженні надання послуги;
- надання послуги в меншому обсязі або гіршої якості, ніж звичайно надається;
- завдання моральної чи матеріальної шкоди;
- образливе чи принизливе поводження;
- намагання покарати або принизити, якщо людина поскаржилася на дискримінацію;
- свідоме ненадання медичної послуги, що в деяких випадках може вважатись злочинною бездіяльністю відповідальних осіб та може прирівнюватись до тортур.



Наприклад:

- відмова в місці в стаціонарному лікуванні ромам або ВІЛ-позитивним людям;
- відмова в обслуговуванні в лікарні через незнання української чи російської мови;
- відсутність пандусу до приміщень лікарні чи аптеки, або пандус, яким не можна скористатися;
- відмова в лікуванні пацієнтів, оскільки вони «занадто старі».

Перелік є невичерпним та ілюстративним.



Важливо пам'ятати, що відмова в наданні платних послуг у випадку, коли людина не може за них заплатити, не складатиме дискримінацію. Однак адміністрація зобов'язана надати чітку інформацію, які послуги є платними, скільки вони коштують та які є безкоштовні альтернативи.

Ми можемо зменшити ймовірність дискримінації наступними діями:

забезпеченням рівності – це проявляється в однаковому ставленні до людей з урахуванням їхніх потреб;

інклюзією (від англ. inclusion – включення, залучення) – процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціумі. Наприклад, надання інформації в різних форматах (у т. ч. шрифтом Брайля), доступ до будівлі для людини на колісному кріслі (так коректно називати «інвалідний візок») тощо;

повагою та прийняттям різноманітності – толерантністю.

У сучасній літературі «толерантність» часто виступає синонімом поняття «терпимість». Проте:

терпимість – це пасивне прийняття навколишньої реальності, неспротив несприятливим зовнішнім впливам. Толерантність не варто зводити до терпимості.

толерантність – визнання права іншої людини, яка відрізняється від тебе, готовність розуміти і приймати інші культурні норми, переконання і моделі поведінки. У трактуванні поняття «толерантність» необхідно спиратися на гуманізм, тобто визнання цінності людини як особистості, її права на свободу, щастя, розвиток і прояв своїх здібностей.

зворотний бік толерантності – нетерпимість (інтолерантність).

Навички спілкування, необхідні для розуміння питань культурного розмаїття, – це окремий випадок основних навичок, які застосовуються для розуміння позиції пацієнта (на етапах збору інформації, пояснення і планування) і вибудовування відносин. Те ж саме можна сказати і про соціальне розмаїття: про такі аспекти як вік, стать, соціально-економічний статус, освіта.

Культурна компетенція – це здатність медичних працівників та організацій надавати медичні послуги, що відповідають культурним, соціальним та релігійним потребам пацієнтів та їхніх сімей.

МІЖКУЛЬТУРНЕ СПІЛКУВАННЯ ТА СОЦІАЛЬНЕ РІЗНОМАНІТТЯ

Мова

спілкування іноземною мовою (наприклад, пацієнт чи лікар вимушені розмовляти мовою, якою володіють недостатньо)

використання жаргону

акцент, діалект

образлива фамільярність

Використання та трактування невербальної комунікації

доторки

мова тіла

відстань – близька/віддалена

зоровий контакт

вираження емоцій

Культурні установки та медицина

трактування симптомів – що вважати нормою і що ні

погляди на причинність

погляди на дієвість різних варіантів лікування

відношення до хвороби та досвіду хвороби

використання додаткових чи альтернативних джерел медичного обслуговування

очікування людей різного віку і статі від ролей та стосунків

роль лікаря та соціальна взаємодія в області авторитету та способів вияву поваги

прийняття відповідальності щодо дотримання медичних рекомендацій

події сімейного життя (обряди, вірування, які супроводжують сватання та весілля, вагітність та пологи, допомога старших молодим, догляд за людьми похилого віку, смерть)

психологічні питання (з'ясування звичних стрес-факторів, знання системи психологічної підтримки сім'ї/населення)

роль лікаря в ментальному здоров'ї та в нездоров'ї

Інтимні питання

сексуальність – у т.ч. сексуальна орієнтація, сексуальна поведінка, контрацепція

сором'язливість при певних процедурах огляду

вживання та зловживання алкоголем та іншими речовинами

домашнє насилля

повідомлення поганих новин

Питання/перешкоди у медичній практиці

ступінь співробітництва лікаря з пацієнтом, ступінь залучення сім'ї, особисті та сімейні обов'язки щодо підтримання здоров'я та лікування

етичні питання медичної допомоги

припущення, стереотипи і упередження лікаря

консиліум зі спеціалістом, який практикує комплементарну чи нетрадиційну медицину

Знання різних етнічних та культурних контекстів, в яких може працювати лікар, корисно, а часом і цілком необхідно. Такі знання нададуть лікарю впевненості, а можливо, і допоможуть швидше налагодити стосунки з пацієнтом. Проте основні навички розуміння кожного конкретного пацієнта та його медичних переконань, до якої б культури він/вона не належав/ла, залишаються принципово важливими.

Важливо виходити з того, що всі пацієнти прагнуть як поваги до своєї автономії з боку лікаря, так і участі у прийнятті рішень. У багатьох культурах і сьогодні прийнято для людини очікувати від лікаря патерналізму, а від консультації – орієнтації на лікаря. Але переносити на конкретного пацієнта позиції та світогляди всієї раси чи культури так само шкідливо, як і повністю відсікати чутливість до культурних тем. Завданням лікаря є виявлення унікальної позиції та досвіду хвороби кожного конкретного пацієнта. Це так само важливо і тоді, коли лікар і пацієнт належать до однієї культури.

Отже, лікарям доводиться працювати з двома почасти конфліктуючими комунікаційними проблемами: як не робити припущень про пацієнта на основі його етнічної приналежності і водночас цінувати, хотіти дізнатися і зрозуміти культурні відмінності, які можуть сильно вплинути на те, як ви будете лікувати пацієнта. Не дивно, що досягнення взаєморозуміння та довіри між пацієнтом та лікарем з різних культурних груп часто вимагає часу та зусиль з обох боків.

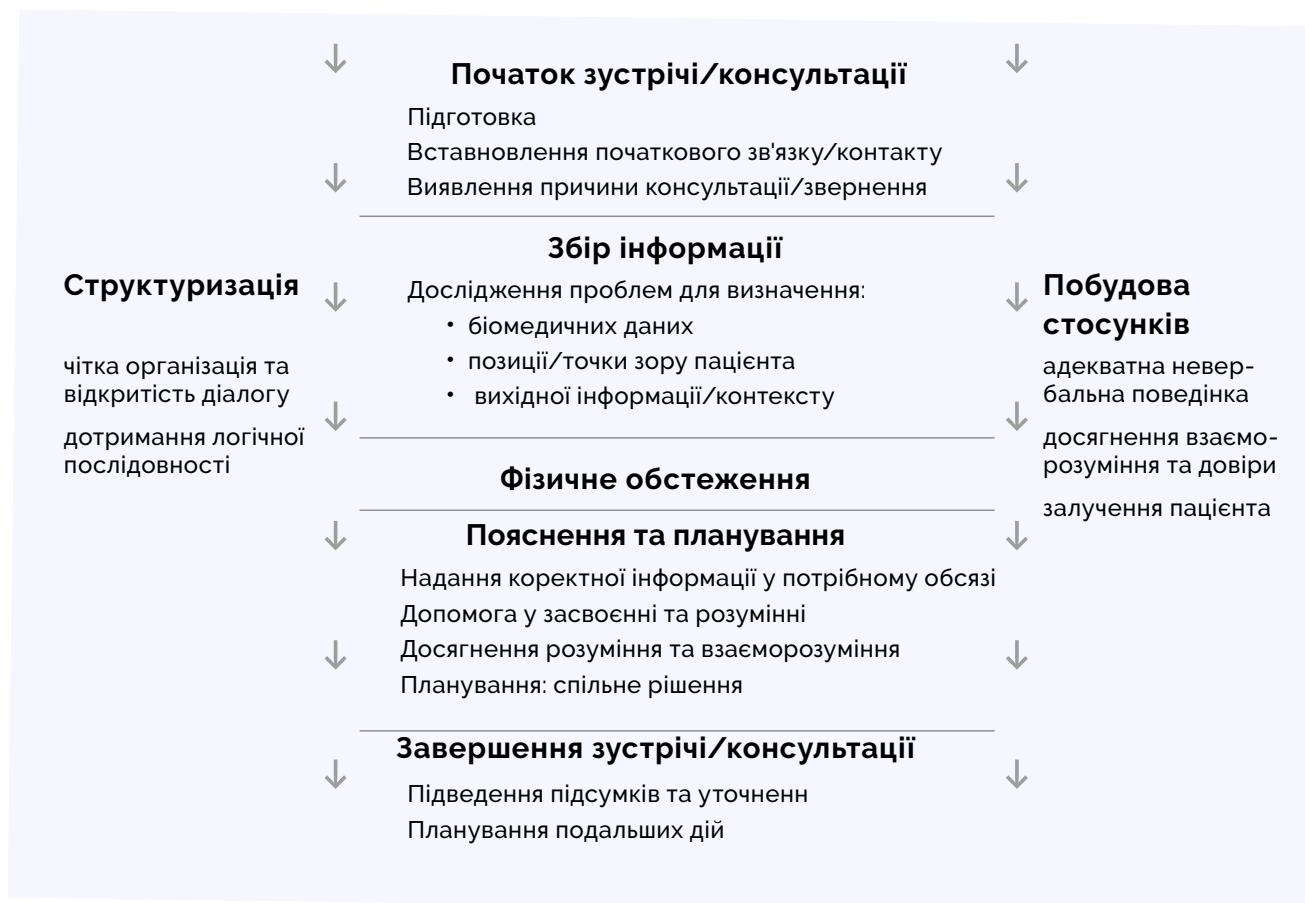


Табл. 9

Калгарі-Кембриджська модель (ККМ) медичної консультації для роботи з людьми з різних етнічних груп

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Початок	
Привітайтеся, представтеся один одному	→ Виясніть, як вимовляється ім'я та прізвище, якому зверненню до себе надає перевагу пацієнт
Проявіть зацікавленість, турботу та повагу, прослідкуйте, щоб пацієнту було фізично зручно	→ Проявіть розуміння до побажання пацієнта, щоб у консультації брав участь член родини або щоб лікар був чоловіком чи жінкою. Запропонуйте допомогу перекладача і, якщо її приймуть, домовтесь про його роль на етапі прийняття порядку денного. Виясніть бажану мову на консультації. Запропонуйте перенести консультацію, якщо мовний бар'єр надто суттєвий. Беріть до уваги питання статі лікаря та пацієнта під час консультації та огляду.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Збір інформації	
Виясніть позицію пацієнта: ідеї, побоювання, очікування, почуття, вплив його/її стану здоров'я на життя	→ Вивчіть, які у пацієнта: - погляди на причинність - культурно обумовлені сподівання щодо лікування - сімейні, шлюбні, релігійні та соціальні звичаї - знання системи психологічної підтримки сім'ї/населення - відношення до додаткових/альтернативних джерел медичного обслуговування. Пацієнти з деяких культурних та соціальних прошарків бувають мало обізнані про зв'язок психологічних проблем та фізичних симптомів. У деяких випадках розпізнати депресію, яка лежить під психосоматикою, нелегко. Може знадобитися особлива увага до точки зору пацієнта і вибудовування довіри впродовж тривалого часу. Лікарю, можливо, доведеться обирати відповідні моменти і приймати варіанти медичної допомоги, яким надає перевагу пацієнт, як і погляди пацієнта на свій стан, не ризикуючи йому/їй заперечити, щоб не втратити довіру.
Залучайте пацієнта, стимулюйте його участь та запитання	→ Пацієнта треба підштовхувати до задавання запитань. Афроамериканці в США, згідно з дослідженнями, рідше задають запитання онкологам і рідше приводять з собою супроводжуючих.
Збір інформації	
Демонструйте відповідну невербальну поведінку	Не забувайте про можливі культурні відмінності щодо невербальної поведінки, наприклад, зорового контакту, доторків, відстані.
Неупереджено приймайте погляди та почуття пацієнта	→ Приймайте ідеї та переконання пацієнта без моральної оцінки. Уникайте стереотипів та зарозумілості (наприклад, враховуйте бажання пацієнтів та їхніх рідних щодо огляду, обстеження, направлення до спеціалістів). Намагайтеся не будувати припущень, а якщо будете, то перевіряйте їх. Проявіть чуйність до культурних відмінностей у таких аспектах, як сексуальні проблеми, вживання та зловживання алкоголем та іншими речовинами, сімейне насилля.
Надайте підтримку	→ Продемонструйте свою підтримку словами.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Пояснення та планування	
Оцініть вихідну позицію пацієнта	→ Перед наданням інформації перевірте культурний контекст. Це особливо важливо при роботі з людьми з інвалідністю, які, згідно з дослідженнями, відчують брак поваги та уваги до своїх слів, отримують недостатню інформацію і рідше беруть участь у плануванні лікування. Якщо необхідно, запрошуйте на консультацію перекладача. Перевірте, наскільки точно і повно перекладач надав, а пацієнт зрозумів інформацію.
Пов'яжуйте пояснення з позицією пацієнта	→ Перевірте культурний контекст/мовну здатність перш ніж надавати інформацію. Перевірте, чи враховані проблеми та побоювання пацієнта.
Перевірте розуміння	→ Перевіряти розуміння особливо важливо, коли є мовні проблеми, навіть у присутності перекладача. Робіть це не рідше ніж кожні 1,5 хв. Надайте реалістичні варіанти вибору з урахуванням ситуації та біографії пацієнта.
Домовляйтеся про прийнятний для всіх сторін план	→ Пацієнту, який/а не звик/ла до партнерських стосунків з лікарем, це може бути дивно і важко.

Приклади точних формулювань, які допоможуть лікарю з'ясувати і цінувати культурні відмінності, не вдаючись до стереотипів та необґрунтованих припущень

Як все це впливає на ваше життя і життя вашого оточення?

Розкажіть трохи про себе та свою сім'ю. Де ви живете? Хто живе разом з вами? Де ваш рідний дім? Хто ваші батьки? Ви віруюча людина?

Я знаю, що причиною непліддя часто є сімейні негаразди. Чи відбувається у вас щось подібне?

Буває, що сімейні та релігійні традиції сильно впливають на обговорення гінекологічних проблем. Скажімо, католики строго підходять до питань контрацепції. Чи впливає щось подібне на ваші думки про вашу проблему?

Ви раніше сказали, що ви з Афганістану. Я нічого не знаю про афганську культуру. Скажімо, чи прийнято у вас рукостискання з лікарем? Як у вас прийнято вітатися?

Я розумію, як вам заважає те, що не розумію вас настільки, наскільки би вам хотілося. Можливо, нам буде легше з перекладачем?

Мені хотілося б знати, якого роду лікування ви очікували чи сподівалися отримати. Наскільки я знаю китайську культуру, це може бути зовсім не те, що ми можемо запропонувати. Якщо у вас саме такий випадок, я хочу вам допомогти.

Ви кажете, що у вас болить все тіло. Чи є у вас припущення, чому?

Інші корисні поради

Якщо ви не знайомі з пацієнтом чи його родичами і не знаєте, чи подавати йому руку:

слідкуйте за реакцією

перепросіть, якщо пацієнт виглядає ображеним (ви не хотіли нікого ображати)

вибудовуйте відносини по-іншому, скажімо, запитайте, яке привітання з вашого боку було б найбільш доречним.

Якщо маєте намір задати делікатне питання, запитайте дозволу:

Чи можна я запитаю вас про це?

Ви не проти?

Запитайте, чим ви можете допомогти:

Я можу вам з цим допомогти?

Поясніть, чому:

Вам це може бути нелегко. Але ось чому я повинен вас запитати/зробити це...

У людей іноді бувають свої пояснення, і розуміти погляди пацієнта завжди корисно.

Я знаю, що жінки іноді надають перевагу тому, щоб їх оглядала також жінка. Чи для вас це важливо?

Правила спілкування з пацієнтом, який належить до іншої етнічно-культурної чи релігійної групи, викладено у протоколі BALANCE

Табл. 10

Протокол BALANCE

	Категорія		Слід в'ясувати
B	Beliefs & Values	Вірування та цінності	Переконання, які впливають на сприйняття хвороби
A	Ambience	Оточення	Життєві обставини та тип сім'ї
L	Language & Health Literacy	Мова та медична грамотність	Роль перекладачів, точність перекладу, метафоричні значення
A	Affiliations	Соціальна приналежність	Соціальна активність, релігійні та духовні цінності
N	Network	Мережа/зв'язки	Соціальний супровід
C	Challenges	Небезпеки/виклики	Побутові та професійні шкідливості
E	Economics	Економіка	Соціально-економічний стан сім'ї та громади

Спілкування з пацієнтами старшого віку

Спілкування з пацієнтами старшого віку потребує окремого розгляду. За останні 100 років відсоток людей похилого віку серед населення стабільно зростає в усьому світі. Згідно з існуючими оцінками, до 2030 року люди старші 60 років будуть складати 35% населення Заходу. Ось деякі з питань, які лікарі повинні задавати собі та своїм пацієнтам похилого віку:

Які конкретно психологічні і фізичні проблеми пов'язані у даної людини зі старінням?

Чи не вплинули втрата слуху або неврологічні проблеми пацієнта на його/її здатність до спілкування? Якщо так, то що слід робити інакше?

Що значить для даної людини хвороба чи наближення смерті?

Якщо пацієнт звернувся з симптомами нездужання, чи не вказує це на те, що йому/їй зовсім не потрібна інша допомога? Чи не в депресії він або вона? Чи не самотній він/вона? Чи не боїться інвалідності та втрати незалежності? Чи не боїться смерті?

Що я знаю про світ цієї людини, про те, що з нею відбувалося в житті?

Чи є якісь обмеження у частині медичного втручання і лікування, які мені треба мати на увазі при виконанні подальших дій?

Чого очікує від мене ця людина як від лікаря?

Чи допомагають цій людині рідні або друзі? Чи повинні вони і чи хочуть вони брати участь у допомозі, і якщо так, то як їх залучити?

Чи спостерігають даного пацієнта інші лікарі та заклади? Чи стоїть тут питання про наступність медичної допомоги?

Основний принцип – ставитись до людей насамперед як до особистостей, а не як до «людей похилого віку» – має тут таку ж силу, як і при роботі з пацієнтами з різних культур.

Табл 11.
ККМ для роботи з людьми старшого віку

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Початок	
Встановіть контакт	→ Особливу увагу слід приділяти людям слабким, які погано чують або погано бачать. Багато пацієнтів похилого віку приходять до лікаря з родичами чи доглядальниками, і тоді контакт необхідно налагоджувати з усіма присутніми.
Скринінг	→ Лікар має пам'ятати, що скринінг і розставлення пріоритетів під час роботи з пацієнтами старшого віку особливо важливі, тому що з часом у таких людей може накопичитися багато проблем. Пам'ятайте, що: характер та число проблем необов'язково вказують на те чи інше функціонування організму не всі проблеми актуальні зараз не всі проблеми потребують допомоги не всі проблеми входять до порядку денного пацієнта
Слухайте уважно	→ Оцінка емоційного стану пацієнта з самого початку і протягом усієї консультації надзвичайно важлива під час роботи з пацієнтами старшого віку. У них дуже поширені тривожність і депресія, які можуть не виражатися явно.
Збір інформації	
Задавайте уточнюючі питання Ставте свої питання, завдаючи часову перспективу (від... до...) Підводьте підсумки	→ На консультаціях пацієнтів старшого віку лікарю часто доводиться вислуховувати заплутану розповідь з великою кількістю даних, що вислизують, і тут навички прояснити розуміння часової перспективи, підводити підсумки і перевіряти всі припущення стають дуже важливими. Наприклад, корисно буде недвозначно попросити пацієнта розповісти про його/її проблему з моменту її першої появи і до нинішнього моменту або впродовж певного часу.
Вловлюйте сигнали	→ Пацієнт може хотіти, але соромитися обговорювати такі проблеми як нетримання сечі, пахова грижа або ущільнення в грудях, тому особливо важливо вловлювати і перевіряти невербальні і вербальні сигнали і реагувати на них.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Збір інформації	
Розмовляйте відповідною до випадку мовою	→ Якщо пацієнт збентежений, збитий з пантелику, засмучений, погано чує або погано говорить, ваша мова повинна бути особливо виразною і ясною. Почніть з перевірки припущень про те, що може приносити труднощі в спілкуванні. Можливо, справа в болю або в ліках? Чи не в жаргоні проблема? Не в тому, як ви говорите? Якщо у пацієнта дизартрія або глухота, перевірте, як він/вона розуміє. З'ясуйте, чи не буде йому/їй легше спілкуватися письмово. Перевірте, чи використовує він/вона слуховий апарат, і якщо це так, то чи на місці він і чи він справний. Пацієнта треба підштовхувати до задавання запитань. Афроамериканці в США, згідно з дослідженнями, рідше задають запитання онкологам і рідше приводять з собою супроводжуючих.
З'ясуйте позицію пацієнта	→ Тут позиція пацієнта дуже важлива. Вплив хвороби на життя пацієнта часто зумовлює його/її очікування або прихильність до лікування і заслуговує на найпильнішу увагу.
Вибудовування стосунків	
Демонструйте відповідну невербальну поведінку	→ Терпіння і фактор часу: вкрай важливо працювати в одному темпі з пацієнтом.
Проявляйте чуйність, емпатію, прийняття і підтримку	→ Пацієнти старшого віку і важливі для них люди можуть потребувати і емоційної, і практичної підтримки. Постарайтеся взяти до уваги важке положення пацієнта, це допоможе вам зрозуміти його/її поведінку, яка на перший погляд може здатися незграбною або незвичайною. Реакція на такі проблеми, як нетримання сечі, повинна бути співчутливою. Запропонуйте практичну допомогу.
Структурування консультації	
Підводьте підсумки Сигналізуйте	→ Використання цих двох навичок разом може бути особливо корисним з пацієнтами старшого віку, зокрема, з тими, у кого проблеми зі слухом і є втрата пам'яті. Пацієнти старшого віку можуть втрачати логічну нитку своєї розповіді, і їм треба допомогти її структурувати. Тому підведення підсумків і сигналізація корисні і для лікаря, і для пацієнта. Структурування консультації дозволяє лікарю підтверджувати питання і плани не лише з пацієнтом, але і з людьми, що за ним доглядають. Тест на запам'ятовування може бути корисним інструментом при роботі з пацієнтами старшого віку. Намір його провести повинен бути ретельно обґрунтованим, щоб не викликати збентеження або гніву у пацієнта.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Пояснення та планування	
Дозуйте та перевіряйте	→ Дозуйте сказане вами і перевіряйте, чи розуміє вас пацієнт та чи розумієте ви його/її, використовуючи зрозумілу мову без жаргону. Тут позиція пацієнта дуже важлива. Вплив хвороби на життя пацієнта часто зумовлює його/її очікування або прихильність до лікування і заслуговує на найпильнішу увагу.
Використовуйте діаграми	→ Використання діаграм і письмових інструкцій, особливо щодо лікарських засобів, допоможе пацієнтам з втратою пам'яті і людям, які за ними доглядають.

Лікарям слід застосовувати навички тристороннього консультування у всіх випадках присутності родича чи друга пацієнта, особливо у випадках з пацієнтами старечого віку, ослаблених психічно і фізично. І пацієнта, і його компаньйона слід вислуховувати з емпатією. Їхні позиції щодо стану пацієнта можуть сильно відрізнятись. Їх обох слід розпитувати, обом давати інформацію і можливість задавати питання, план лікування слід узгодити з обома. Але, хоча компаньйон може давати корисні свідчення, це не скасовує того факту, що головною турботою лікаря залишається пацієнт.

Спілкування з дітьми та їх батьками

Під час спілкування з дітьми важливо пам'ятати, що дитина – пацієнт, проте ключовими учасниками виступають також і батьки. Це тристоронні консультації, на яких лікар повинен спілкуватися як з батьками, так і з дітьми, що вимагає особливих зусиль, оскільки всім учасникам неминуче знадобиться окрема увага. Важливо починати педіатричну консультацію зі звернення до дитини, а не спрямовувати всю свою увагу на батьків. Запитайте дитину, чи хоче вона/він сама/сам розповісти, чи хоче, щоб це зробили батьки. У дітей часто бувають власні запити. Прийняття їх до уваги підвищить дисциплінованість дитини у лікуванні.

Багато з педіатричних проблем незначні, але можуть викликати у батьків сильну тривогу. Всі батьки важко переживають серйозні захворювання дитини.

Не дивно, що у всіх випадках задоволеність батьків сильно залежить від своєчасного прийняття до уваги їхніх побоювань протягом консультації.

Батьки на консультації схильні перебивати дітей. Вони можуть розходитися з дітьми в думках щодо проблеми або побоюватися, що дозволяють дітям говорити і цим нібито лише даремно витрачають час лікаря, або ж прагнуть точності в донесенні до лікаря своїх поглядів на те, що відбувається. Дуже корисно в разі розбіжностей вловлювати сигнали з обох сторін – і батьків, і дитини-пацієнта, особливо якщо проблема має психологічний або поведінковий характер, коли ви маєте справу з підлітком. Вам, можливо, доведеться приділяти час для спілкування окремо з підлітком і з його батьками. Підлітка не можна відтіснити на другий план. Визнання цінності дітей різного віку і повага до їхніх поглядів з більшою ймовірністю буде сприяти успішному вибудовуванню відносин між вами і вашими юними пацієнтами.

Діти різного віку привносять в педіатричну консультацію різні труднощі. Консультації з немовлятами в певному сенсі найлегші, оскільки розмови ведуться лише з батьками. Залучення зовсім маленьких дітей вимагає особливих навичок, оскільки вони природньо бояться нових обставин і чужих людей. Старші діти до пубертатного віку бувають дуже замкнутими і сором'язливими, а підлітки – тим більше. Дуже важливо не ставитись до них зверхньо, а навпаки – створювати умови для їхньої повноцінної участі на етапах збору інформації та планування.

Табл. 12

ККМ для роботи з дітьми та їх батьками

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Початок	
Підготуйтеся	→ Створіть відповідне для дитини та її батьків середовище, включаючи іграшки та книги, які відповідають віку. Зверніть увагу, як всіх розсадити.
Встановіть контакт	→ Привітайте всіх дорослих і дітей і з'ясуйте, хто кому ким доводиться, за допомогою дитини, якщо вік дозволяє. Зацікавте дитину за допомогою гри, безпредметної розмови чи встановлення контакту з батьками. Оцініть з самого початку, наскільки дитині з вами комфортно, і виберіть відповідний підхід. Стежте, щоб дитині і дорослим було комфортно.
Визначте причину звернення	→ Якщо можливо, домовтеся з дитиною, хто буде розповідати, і як інші будуть доповнювати. Хто почне: дитина чи батьки?

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Збір інформації	
Слухайте, допомагайте говорити, задавайте відкриті і закриті запитання по ситуації	→ Коли діти маленькі, збирайте інформацію в процесі гри. Наполегливо просіть дитину і дорослих розповісти про проблеми своїми словами. Застосовуйте відкриті і закриті запитання, враховуючи вік дитини. Закриті питання із запропонованими варіантами відповіді добре працюють з маленькими дітьми. З дітьми старшого віку – відповідь у вигляді розповіді.
Зрозумійте позиції дитини і батьків	→ З'ясовуйте і підтверджуйте розуміння ідей (думки про причини захворювання можуть бути різними у батьків і у дітей). При необхідності визначаєте позиції і батьків, і дітей.
З'ясовуйте основну інформацію	→ Заохочуйте вираження почуттів дитиною. Батьки часом здатні пояснити почуття маленької дитини, але дайте їй можливість самій пояснити їх. Основна інформація: історія вагітності та пологів імунізація і анамнез дитячих хвороб історії росту і розвитку медикаментозний і алергологічний анамнез сімейний і соціальний анамнез
Структурування	
Підводьте проміжні підсумки і сигналізуйте	Застосовуйте цю навичку часто, особливо при переключенні уваги з дитини на батьків і назад: «Давиде, мама мені зараз сказала, що у тебе болить животик і вона вважає, що це... А тепер я б хотіла почути від тебе... Скажи, де саме болить? Можеш показати?»
Медичний огляд	
Створіть відповідні для огляду умови	Загальний огляд дітей молодшого віку: виберіть позицію для дитини: у батьків на колінах, на кушетці, під час гри починайте з найменш інвазивних методів допомагайте огляду грою ловіть зручні моменти Загальний огляд дітей старшого віку: будьте готові до того, що вони можуть соромитися і вимагати усамітнення запитайте дитину, кого слід запросити бути присутнім при огляді

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Вибудовування стосунків	
Продовжуйте вибудовувати стосунки	→ Продовжуйте вибудовувати стосунки з дітьми та батьками, враховуючи обставини. Діти люблять і цінують веселість, товариські жарти в поєднанні з добротою.
Діліться думками	→ Діліться своїми думками з батьками. Це не завжди легко, але ви одночасно підтримуєте гарний настрій у дитини. Дітей старшого віку часто бентежить зайвий зоровий контакт. Якщо ви трохи зменшите свою зосередженість на підлітку і, наприклад, попросите його/її допомогти вам зобразити сімейне дерево, йому/їй стане простіше говорити більш вільно.
Пояснення та планування	
Надавайте потрібну інформацію у відповідному обсязі	→ Надавайте потрібну інформацію так і в такому обсязі, щоб її розуміли і дитина, і батьки.
Враховуйте позицію пацієнта	→ Може виявитися зручним, щоб пояснення маленькій дитині давали від вашого імені її батьки.
Залучайте пацієнта до прийняття рішень	→ Даючи інформацію, враховуйте позицію і батьків, і дитини. По можливості залучайте до прийняття рішень і батьків, і дитину.
Завершення прийому	
Підстраховуйтеся	Підстраховка дуже важлива для досягнення задоволеності батьків та забезпечення точного розуміння. Мається на увазі складання запасного плану та пояснення пацієнту, що йому/їй робити, якщо щось піде не за основним планом, що можуть означати ті чи інші зміни в його/її стані, інформація про спосіб зв'язку з вами. Все це забезпечує надійне підстрахування, яке є найважливішим кроком до завершення консультації.

Пам'ятайте: поки дитина не досягла 14 років, питання про медичну допомогу вирішують її законні представники, а після 14 років достатньо згоди самого неповнолітнього пацієнта.

Пацієнти з психічними відхиленнями

У консультуванні пацієнтів з психічними відхиленнями важливі базові навички збору інформації та, особливо, точного збору анамнезу і вибудовування стосунків. Пацієнтам з психічними відхиленнями часто потрібна тиша, щоб осмислити, що з ними відбувається. З іншого боку, мовчання може відчуватися як тиск, особливо, коли пацієнт хворий соматично.

Депресія – психічний розлад, який зустрічається часто. Її легко не помітити в медичній практиці. Точність діагностики тут залежить від навичок лікаря. Необхідно приділяти особливу увагу навичкам процесу: не лише для того, щоб полегшити розповідь пацієнту і з'ясувати його/її позицію, але і для того, щоб прояснити найважливішу складову даної консультації – наскільки глибока у пацієнта депресія і чи схильний він/вона до суїциду.

Табл. 13

ККМ для роботи з людьми з депресивними станами

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»		Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне	
Початок			
Встановіть контакт	→	Принципово важливо, як вітатися з пацієнтом з явними проявами депресії. Дуже важливо для встановлення первинного контакту слідувати темпу та настрою пацієнта, вловлювати вербальні та невербальні сигнали та реагувати на них, спостерігати за виразом обличчя, тоном і темпом мови пацієнта та віддзеркалювати їх.	
Збір інформації			
Слухайте, допомагайте висловитись. Оцінюйте емоційний стан пацієнта		Вислухайте початкові слова пацієнта, не перебиваючи, проявляючи емпатію. Продовжуйте вловлювати вербальні та невербальні сигнали та реагуйте на них.	
Задавайте відкриті та закриті запитання згідно до ситуації		Підведіть пацієнта до відкритого запитання про його/її почуття: це часто призводить до швидкого з'ясування суті проблеми. Можливість для пацієнта відкрито висловити свої почуття може призвести до катарсису, хоча це питання точного вибору моменту для позначення переходу до прямих запитань. Прямі запитання покликані дати пацієнту можливість розповісти більше і відчувати себе здатним спрямовувати ситуацію. Прямі запитання – чому пацієнт підозрює у себе депресію, які його/її основні побоювання і турботи, що впливає на його/її життя і роботу, чого він/вона очікує від лікаря і на що сподівається – вкрай важливі.	

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Збір інформації	
Прояснюйте	→ Повтори, перефразування, паузи – все допомагає «відкрити» пацієнта, який відчувається нікчемним, винним, зневіреним.
З'ясуйте позицію пацієнта	→ Прямі запитання: чому пацієнт підозрює у себе депресію, які його/її основні побоювання і турботи, що впливає на його/її життя і роботу, чого він/вона очікує від лікаря і на що сподівається, – допоможуть прояснити розповідь пацієнта і допомогти в оцінці ризику.
Вибудовування стосунків	
Виражайте емпатію	Важливо добре вміти проявляти емпатію. Пацієнти швидко вловлюють по тону вашого голосу, якщо він не відповідає вашим словам: «Звідки вам знати, що я відчуваю?»
Проявляйте прийняття	→ Реакція на сльози пацієнта повинна поєднувати підтримку мовою тіла (включаючи дотик), мовчання, емпатію і вміння вибирати момент, коли рухатися далі.
Надавайте підтримку	→ Приймайте слова і почуття пацієнта без моральної оцінки. Уникайте передчасного підбадьорювання: «Я впевнений, вам скоро стане легше». З'ясуйте, які у пацієнта вже є засоби підтримки, та запропонуйте свою підтримку і, якщо можливо, наступність допомоги.

Ось кілька прикладів конкретних фраз для розпізнавання депресивних станів та/чи суїцидального ризику:

- Я намагаюся зрозуміти, наскільки сильно ви пригнічені. У вас знайдуться сили розповісти мені про це?
- Ви сьогодні виглядаєте пригніченим. Хочете розповісти мені, як ви себе відчуваєте?
- Ви говорили, що відчуваєте безнадійність і почуття провини в цій ситуації. Як ви думаєте, ми можемо якось допомогти?
- Ви питаєте, чи може у вас бути депресія. Дозвольте задати вам кілька конкретних питань про ваш настрій, здатність концентруватися, про апетит, режим сну. Це допоможе нам розібратися.

- Ви коли-небудь відчуваєте, що світло в кінці тунелю все ж є?
- Ви говорили, що у вас труднощі зі сном. Що відбувається у вас в голові, коли ви крутитесь у ліжку?
- Деякі люди, коли у них депресія, відчувають, що більше так не можуть. А у вас бувають такі думки? Ви хотіли б покінчити з усім цим? Чи будували ви якісь плани?
- Вчора ввечері ви прийняли критично високу дозу парацетамолу. Що ви про це думаєте? Ви раді або засмучені, що це не спрацювало?

Спілкування з пацієнтами, які страждають маренням і галюцинаціями, представляє особливі труднощі. Такий пацієнт у тому чи іншому сенсі відірваний від реальності. Це може бути гостра хвороба, коли пацієнт говорить безглузді фрази, поводить як підозрілий, іноді навіть «буйний», свій стан усвідомлює погано. Він/вона не лише не здатний нормально функціонувати, але і його/її навички спілкування часто бувають втрачені. Такий пацієнт зазвичай переляканий і недовірливий. З ними насправді буває просто неможливо вибудувати відносини, будь-яка спроба зблизитися може бути невірно витлумачена і здаватися загрозою. З іншого боку, психічно хворі люди дуже цінують, коли їх розуміють.

Початок консультації з психічно хворою людиною має особливе значення: якщо за хвилину-дві не встановлено взаємної довіри і контакту, це незабаром призведе до конфлікту та труднощів. Ще більше ускладнювати процес консультації можуть схвильовані, а іноді і сердиті родичі та друзі пацієнта.

Залучати пацієнта до спільної роботи буває дуже важко, коли він або вона не усвідомлює своєї хвороби або коли приходить до лікаря під тиском сім'ї чи з примусу з боку закону. Домовлятися з психічно хворим пацієнтом про лікування важко, а то й неможливо, особливо, коли, наприклад, мова йде про примусову госпіталізацію. Викликом для лікаря є необхідність подолати ці перешкоди і одночасно зібрати інформацію (причому найчастіше завдяки різного роду натякам) про наявність і глибину психічного розладу. Збір інформації у співчутливій манері, особливо коли і сам лікар неспокійний, вимагає професійного володіння навичками спілкування. Не слід недооцінювати вплив тривожності, страху і дискомфорту і на лікаря, і на пацієнта.

Перша консультація пацієнта і його/її родичів, коли існує ймовірність серйозного психічного розладу, схожа на ситуацію отримання поганих новин, і швидше за все пацієнт запам'ятає її на все життя. Принципово важливо, щоб така консультація була ефективною, щоб страхи були висловлені, щоб не було стигматизації людини (негативної асоціації з будь-чим ганебним, непрестижним, відразливим, що призводить до додаткового тягара для постраждалої людини, а деякі стигми – до соціального виключення та дискримінації). Все це допоможе підготувати ґрунт для майбутніх консультацій і обстежень.

Табл. 14

ККМ в роботі з людьми з психіатричними розладами

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Початок	
Підготуйтеся	→ Вкрай важливо до початку консультації зібрати інформацію з документації та від тих, хто вже знає про пацієнта. Вам необхідно не лише дізнатися якомога більше про анамнез пацієнта, але й оцінити ризик для себе і оточуючих. Пацієнт може бути небезпечним.
Познайомтесь	→ Представтеся як психіатр чи лікар іншого профілю і поясніть, навіщо ви тут. Це може бути важкою справою: пацієнт міг зовсім не рватися до вас на прийом. З одного боку, чітке пояснення того, хто цей лікар і чому його попросили прийняти цього пацієнта, необхідно. З іншого боку, якщо у пацієнта підозрюється психічний розлад, повне пояснення вашої ролі як психіатра може викликати недовіру і порушити контакт з самого початку. Оцініть ризик «буйної» поведінки і відповідно приготуйтеся.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Збір інформації	
Слухайте, допомагайте висловлюватися, оцінюйте емоційний стан пацієнта	→ Вислухайте розповідь пацієнта про його проблеми, не питаючи безпосередньо про порушення мислення. Вловлювання невербальних сигналів пацієнта та обережні й чіткі розпитування про його самопочуття можуть дати вам інформацію не лише про його неприємності (наприклад, як йому дошкуляють сусіди), але і про те, наскільки він підозрілий і параноїдальний. Це може також допомогти вам оцінити ступінь його марення і галюцинацій. Встановленню контакту допоможе вивчення спочатку зовнішніх проблем пацієнта (впливу на його життя), а не внутрішніх. Прояснення турбот і побоювань пацієнта (спочатку погоджуйтесь з його світоглядом і його проблемами, не заглиблюючись надто рано в передбачувану патологію) допоможе встановити контакт. Пацієнт може не вважати себе хворим, і лікарю слід відображати його досвід, добиватися загального розуміння позиції пацієнта про те, як цей досвід впливає на життя пацієнта.
З'ясуйте позицію пацієнта	→ З'ясуйте переконання пацієнта. Визнати їх, не йдучи у нього «на повідку», важке мистецтво.
Переключайтесь між відкритими і закритими запитаннями	→ Гнучкість застосування «воронки питань» від відкритих до закритих принципово важлива. Занадто раннє розпитування або дуже цілеспрямовані питання про психічний розлад можуть підвищити тривожність пацієнта, тоді «воронку питань» треба перевертати.
Прояснюйте	→ Якщо пацієнт не слідує за вами і не розкривається, ви можете спробувати інші підходи, наприклад, інформовану згодку, спрямовану на прояснення ситуації. Коли ви завоюєте довіру пацієнта і він буде готовий говорити, слідуйте за ним, задавайте нові прояснюючі питання, доступні і зрозумілі пацієнту.
Вловлюйте сигнали	→ Іноді необхідно вловлювати вербальні і невербальні сигнали. Відкрито на них не реагуйте. Відображення таких сигналів може підвищити підозрілість пацієнта.
Вибудовування стосунків	
Демонструйте відповідну невербальну поведінку	Зберігайте спокій, не поспішайте. Важлива гнучкість щодо зорового контакту – його надлишок може збуджувати пацієнта і посилювати параною. Сядьте і сидіть нерухомо. Будьте обережні з дотиками, вони можуть бути помилково витлумачені.
Проявляйте прийняття	→ Намагайтеся приховувати подив, демонструйте прийняття без моральних оцінок.

Навички з «Калгарі-кембриджських керівництв»	Використання даних навичок більш глибоке, цілеспрямоване та інтенсивне
Вибудовування стосунків	
Виражайте емпатію	→ Остерігайтеся висловлювати емпатію нещиро – більшості лікарів важко ставити себе на місце психічно хворого пацієнта, і пацієнти це знають.
Надавайте підтримку	→ Пропонуйте реалістичну допомогу, не йдучи «на повідку» у пацієнта.
Структурування консультації	
Підводьте проміжні підсумки. Озвучуйте наміри	Ретельно доносячи до пацієнта проміжні підсумки і визначаючи, що саме належить з'ясувати далі, лікар допомагає йому/їй заспокоїтися. Структурування консультації за допомогою сигналізації і вибудовування послідовності допомагає пацієнтові, у якого/якої підозрюють патологію. Озвучення намірів важливо тому, що пацієнт може бути незосередженим/ною, може невірно розуміти, навіщо йому/їй задають цілеспрямовані питання.
Пояснення і планування	
Спільне прийняття рішень	Нелегко говорити пацієнту правду про неприємні побічні ефекти антипсихотичного препарату, коли він або вона зовсім не хоче приймати ліки. Проте встановлення контакту і порозуміння з пацієнтом, у якого підозрюють психоз, принципово важливе. Повноцінне обговорення, під час якого лікар ділиться своїми думками, чому пацієнту треба приймати препарат, може залежати від того, наскільки той усвідомлює свій стан. Мета контакту та обговорення полягає в тому, щоб пацієнт довірився лікарю і погодився приймати ліки. Але досягнути спільної мови і розуміння може бути нелегко.

Емпатія без згоди

Дуже важливо не суперечити пацієнту. Співчуйте пацієнту в його/її ситуації, визнайте правомірність його/її переживань, не обов'язково погоджуючись з його/її тлумаченням реальності.

Лікар: «Я, звичайно, розумію як сильно ви повинні хвилюватися, якщо ви вважаєте, що вас хочуть отруїти».

На реакцію «Ви мені не вірите?» можна відповісти так: «Ви питаєте, чи вірю я, що вам дають отруту? Я можу з упевненістю сказати, що я вам отрути не даю. Я не можу з упевненістю сказати, чи дають вам отруту інші. Але я готовий/готова вас вислухати і допомогти всім, чим зможу».

Як поєднувати підтримку пацієнта і відстоювання його/її інтересів із сумнівами в його/її позиції

Лікар: «Я розумію, ви в даний момент не відчуваєте себе хворим, але я за вас хвилююся. Я думаю, що вам потрібно полікуватися, і я готовий допомогти».

Спілкування з людьми з інвалідністю

У той час, коли весь світ та Україна впевнено крокують у бік інклюзивного суспільства, подекуди у побутових розмовах можна почути слова «інвалід», «децепешник» та «глухонімий». Совецька доба вирізнялася тим, що люди з інвалідністю належали до стигматизованої категорії населення. Навколо них існувало безліч стереотипів. Людей з інвалідністю не вітали у суспільстві. Навпаки, часом їх надмірно жаліли або героїзували, і в той самий час вони не виходили зі своїх домівок. Зокрема, через те, що суспільство не хотіло їх бачити.

Об'єктивно ми не звикли бачити людей з інвалідністю серед нас, а тому можемо розгубитися під час спілкування, бо не знаємо, як поводитися. Дозвольте невелику підказку: поведіться з людиною з інвалідністю так само, як і з людиною без інвалідності. Звісно, зважати на особливості пересування або поведінки потрібно, але це у жодному разі не є найважливішим у вашому спілкуванні. Як коректно називати людей з інвалідністю? Люди з інвалідністю. Про це йдеться у Конвенції ООН про права людей з інвалідністю, також це закріплено на законодавчому рівні в Україні.

Якщо під час розповіді про людину з інвалідністю вам потрібно уточнити, яку саме інвалідність він чи вона мають, говоріть «людина, яка». Наприклад, людина, яка має ДЦП, людина, яка не чує, або людина, яка користується колісним кріслом. У цьому полягає ідея мови, орієнтованої на людину¹, яка ґрунтується на тому, що інвалідність не є головною ознакою людини.

¹ People First Language, Office of Disability Rights odr.dc.gov/page/people-first-language

Найкращий спосіб розповідати про людину з інвалідністю – називати людину на ім'я. Адже ані вроджена інвалідність, ані набута не визначає людину як особистість. Не ставте інвалідність на перше місце. Людина – передусім. Коли ви спілкуєтеся з людиною з інвалідністю, спілкуйтеся з людиною. Якщо вам складно не звертати увагу на функціональні порушення, подумайте, що саме є для вас незвичним.

Люди зі складною формою інвалідності (параліч, порушення розвитку абощо), які не мають змоги говорити, теж мають право голосу. Не вирішуйте замість людини нічого, не спитавши у неї попередньої згоди. Спитайте, чи потрібна допомога, перед тим, як допомагати.

Не хапайте за руку незрячу людину без сказаного вголос попередження та не починайте вести її кудись, якщо сама людина не попросить про допомогу. До прикладу, паркан, якого вона тримається, може бути для неї єдиним орієнтиром в просторі. Не починайте керувати колісним кріслом, якщо людина, яка ним користується, не попросила допомогти з пересуванням.

Вам може здаватися, що людина з інвалідністю не може впоратися з якоюсь задачею, та згадайте, що вона так живе завжди (не лише тоді, коли ви бачитеся з нею), а тому навички, необхідні для виживання, у неї є. Якщо ж чітко лунає прохання про допомогу, допоможіть.

Зважайте на простір, де ви знаходитесь. Універсальний дизайн передбачає безпечний та комфортний простір для всіх, хто у ньому знаходиться. Людина, яка користується колісним кріслом, наприклад, почуватиметься безпечніше, якщо ви будете гуляти рівною дорогою. Незрячій людині можна допомогти дістатися потрібної адреси, якщо ви бачите, що простір не адаптований під її потреби. Думайте, які мовні звороти вживати, перед тим, як говорити. Люди, які користуються колісним кріслом, ходять гуляти в парк, а не їздять, тому коли запрошуєте прогулятися, не переплутайте дієслова. У спілкування з незрячими людьми вживати вислів «побачимось» – коректно.

Коли ви маєте розмову з людиною, яка не чує та спілкується жестовою мовою, а з перекладом вам допомагає перекладач жестової, утримуйте зоровий контакт безпосередньо із співрозмовником. Це так само стосується і людей з порушенням розвитку: говоріть до співрозмовника, а не до людини, яка його супроводжує. Не варто починати говорити «дитячим голосом», ніби з маленькою дитиною – це ображає.

Не зачіпайте особистий простір. Правило, яке є звичним для більшості, чомусь порушується при спілкуванні з людьми з інвалідністю. Не варто торкатися білої тростини, кохлеарних імплантів або колісного крісла, бо це – частина особистого простору. Якщо вам це необхідно, краще запитайте дозволу. Також будь-які фізичні контакти можуть бути неприйнятними для людей з розладом аутистичного спектра (РАС).

Не жалійте та не героїзуйте людей з інвалідністю. Героїзація людей з інвалідністю не має жодного сенсу, адже у кожної людини свій рівень психологічної стійкості та своя межа випробувань у житті, яку вона може витримати. Інклюзивним можна назвати суспільство, де всі його учасники однаково залучені до взаємодії.

Спілкування зі спільнотою ЛГБТК(IA+) / LGBTQ(IA+)

ЛГБТК(IA+) / LGBTQ(IA+) – цей акронім постійно оновлюється та поєднує у собі різні поняття, що мають стосунок до гендеру та сексуальної ідентичності, яка виходить за межі гетеросексуальних або цисгендерних норм. Слово сформоване із перших літер слів, що позначають Lesbian (лесбійок), Gay (геїв), Bisexual (бісексуальні люди), Transgender (трансгендерні люди), Queer (квір), Intersex (інтерсексуальні люди), Asexual (асексуальні люди) та ін.

Корисні поради щодо консультації:

Не припускайте гетеросексуальності.

Не питайте 40-річного чоловіка про його дружину чи 16-річну дівчину про хлопців.

Використовуйте слово партнер. «У вас є партнер?» Тоді ви можете використати додаткове запитання на зразок: «Ваш партнер – чоловік чи жінка?»

Або ви можете сказати: «Дякую, що розказали мені про це. Чи можу я запитати, чи є у вас хлопець чи дівчина?»

Під час розмови вживайте максимально точні формулювання:

Замість того, щоб казати «Коли це сталося, ви займалися безпечним сексом?» скажіть «Отже, під час сексу ви користувались презервативом?»

Не говоріть «Отже, у вас був нормальний секс?» – це погане питання. Ви повинні знати особливості. Скажіть щось на кшталт: «Отже, коли ви говорите про секс, ви маєте на увазі вагінальний секс, анальний секс, оральний секс або їх комбінацію?»

Іноді, залежно від рівня розуміння конкретного пацієнта, вам доведеться, можливо, використовувати ще більш просту мову, ніж мовні звороти «анальний» або «оральний секс». Зрештою, вам потрібно точно знати, що відбувалося, щоб встановити медичний ризик ІПСШ, вагітності тощо.

Не виявляйте неадекватну цікавість до ідентичності пацієнтів, ставлячи запитання або коментуючи речі, які не пов'язані із проблемою, з приводу якої пацієнт звернувся по допомогу.

Якщо ви не знайомі з якоюсь сексуальною культурою, не бійтеся це озвучити.

Це нормально, якщо ви не повністю знайомі з культурою ЛГБТК(ІА+). Що дійсно не гаразд – це засуджувати їх. Покажіть, що хочете допомогти: «Чи не могли б ви допомогти мені зрозуміти краще, як я могу вам допомогти?»

Під **гендерною дисфорією** слід розуміти душевні страждання, що пов'язані з досвідом власної гендерної ідентичності пацієнта, що не відповідають фенотипу або статевій соціальній ролі, як правило, пов'язаної з цим фенотипом. Наявність дистресу може призвести до виникнення в людини потреби звернення по медичну допомогу.

Пацієнтам часто важко довірити власні почуття гендерної дисфорії лікарю загальної практики, оскільки часто такі лікарі знайомі з членами сім'ї таких пацієнтів, або тому, що вони відчувають страх, насмішки, почуття провини або сором, чи з підстави інших актуальних соціальних факторів, що перешкоджають їм звертатися по допомогу і лікування. Ці фактори та очікування затримки в отриманні лікування в системі охорони здоров'я призвели до збільшення числа людей, які займаються самолікуванням (зокрема, гормональними препаратами).

Особи, які перебувають у стані гендерного переходу, або ті, хто перейшов до життя відповідно до бажаної гендерної ролі, що відповідає їхній гендерній ідентичності, повинні бути розглянуті відповідно до іменування і роду звернення (пан, пані), що вважається ними правильним. Якщо персонал, медичний або адміністративний, має сумніви, то вони повинні запитати осіб, як вони хочуть, щоб до них зверталися. При використанні слова «транссексуал» воно повинно використовуватися в якості прикметника, для прикладу – транссексуальна людина.

Пропонуємо переглянути відеоролики «Музей прийняття 2, Харків. Епізод 5», «Чи стикаються лікарі з ЛГБТ?», «ЛГБТ у лікарні», «Ведення прийому ЛГБТ+ пацієнтів» (посилання на ролики наведено в кінці розділу).

ЧАСТИНА 2. ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Кейси для роботи в малих групах:

Кейс 1

Вікторія звернулася до гінеколога зі скаргою на біль внизу живота. Лікар запропонувала їй огляд, щоб з'ясувати причину болю.

Коли Вікторія роздягалася і готувалася до огляду, лікар задавала стандартні уточнюючі питання. У тому числі запитала: «Чи живете ви статевим життям з чоловіком?»

Вікторія відповіла, що має сексуальні контакти виключно з жінками. Лікар сказала, що в такому випадку відмовляється її оглядати і надавати допомогу.

Кейс 2

Жінка 60 років звернулася до лікарні через тривалий біль у нозі, лікар під час прийому пояснив:

«Що ж ви хочете, це вік», однак пацієнтка наполягла на проведенні рентген-дослідження, яке показало перелам кістки.

Кейс 3

До сімейної лікарки звернувся чоловік, котрий нещодавно вийшов з місць позбавлення волі. При огляді пацієнта лікарка звернула увагу на значну кількість татуювань та запитала про їхнє значення.

Після детальної відповіді пацієнта лікарка попросила його перезаклучити декларацію з іншим спеціалістом, бо її моральні принципи не дозволяють лікувати «таку» людину.

Кейс 4

У лікарні, де знаходиться на лікуванні Мустафа, діє політика, яка обмежує години роботи кухні інтервалом з 8:00 до 17:00.

Мустафа – мусульманин, дотримується Рамадану, тобто він може їсти лише до сходу і після заходу сонця.

Окрім того, лікуючим лікарем призначено препарати, які слід приймати після сніданку, обіду та вечері. На прохання Мустафи щодо зміни графіку прийому препаратів, лікар відповіла: «Я всіх так лікую. Це дієва схема».

Завдання:

Чи наявна дискримінація у даному кейсі? За якою ознакою?

Як слід чинити толерантно?

Чи є особливості консультації у даному випадку? Якщо так, то які?

Відповіді до кейсів

Кейс 1

- так, наявна дискримінація за сексуальною орієнтацією;
- провести консультацію згідно з Калгарі-Кембриджською моделлю;
- про спілкування під час консультації зі спільнотою ЛГБТК(IA+) наведено у читанці (стор. 319).

Кейс 2

- так, наявна дискримінація за віком;
- провести консультацію згідно з Калгарі-Кембриджською моделлю, пам'ятаючи, що не всі проблеми здоров'я людини можуть бути пов'язані зі старінням
- про спілкування під час консультації з пацієнтами старшого віку наведено у читанці (стор.305).

Кейс 3

- так, наявна дискримінація за наявністю судимості;
- провести консультацію згідно з Калгарі-Кембриджською моделлю;
- немає.

Кейс 4

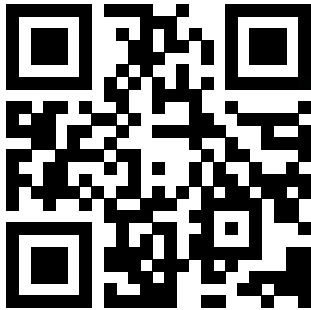
- так, наявна дискримінація за релігійною приналежністю;
- враховувати вірування та цінності пацієнта (протокол BALANCE);
- у даній ситуації варто розглянути призначення препаратів тривалої дії, які можна було б вживати 1 раз на добу; питання про організацію харчування належить до площини управлінського рішення менеджменту даної лікарні.

Питання у рефлексивний щоденник:

Що я дізнався/дізналася про себе і свої погляди нового на занятті? Як я можу це використовувати в подальшому житті та медичній практиці?

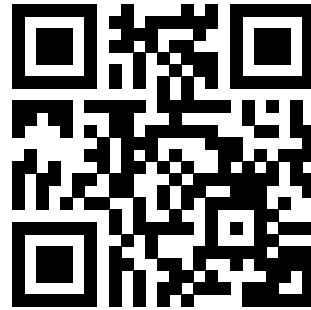
Презентація теми за посиланням:

bit.ly/3dl42ze



Повна версія заняття
за посиланням:

bit.ly/3lvs3N



ЗАМІСТЬ
ПІСЛЯМОВИ

ЗАМІСТЬ ПІСЛЯМОВИ

ІСТОРІЯ ПРО МАМУ АЛЛИ ТА ВАЖЛИВІСТЬ ВИБОРУ СЛІВ

Мама була дуже чутливою: коли в когось із дітей піднімалася температура, у неї вона піднімалася також. І ще мама дуже реагувала на слова: вона могла захворіти від того, що хтось сказав їй погані слова. Вона була сором'язлива і ляклива.

В липні 2001 року мамі зробили операцію на кишківнику – вирізали пухлину. Не злаякісну.

Літо тоді було сухе й спекотне. В лікарняних коридорах гуляв гарячий вітер.

Коли мама отямилася після наркозу, ми з Андрієм зайшли до реанімаційної палати. Там теж було спекотно. У розчинені вікна вільно залітав кволий суховій. На шести ліжках – високих, як столи – в різних позах непорушно лежали голі чоловіки й жінки із забинтованими головами-руками-ногами, крізь бинти проступала кров.

Мама теж була гола, тільки живіт прикривала велика закривавлена серветка, з-під якої стриміла трубка. Там повільно пузирилася мутна рідина й скрапувала в баночку під ліжком. Ліворуч від мами на відстані півметра лежав, розкинувши руки й ноги, огрядний чоловік років п'ятдесяти з пов'язкою на лобі. По інший бік хрипко стогнав юнак із закривавленим обличчям.

Ніхто не міг би вигадати для моєї сором'язливої мами гірших тортур, ніж покласти голою серед чоловіків

Я подумала, що ніхто не міг би вигадати для моєї сором'язливої мами гірших тортур, ніж покласти голою серед чоловіків. Пошукала очима, чим би прикрити її наготу, але нічого не знайшла.

– Чому ви їх не прикриєте хоч трохи? – запитала лікаря.

– У них рани. Та ви не хвилюйтеся, їм все одно. Це не те місце, де люди соромляться.

Мама повернула голову на мій голос, розплющила очі й подивилася на нас мутним поглядом. Сказала з докором: «Що ж ви так пізно мене сюди привезли?.. Та яка тепер уже різниця...» – і відвернулася. Стільки докору, приреченості було в її голосі, що в мене злякано закалатало серце: невже вона здалася? Чому?!

Я згадала: коли ми привезли її до лікарні з болями в животі, хірург при ній сказав: «Чого ж ви так пізно її привезли?» Той самий хірург, який знав про її пухлину, але не пропонував операцію раніше. Хірург не подумав, що хвора людина могла злякатися цих його слів і перестати сподіватися на порятунок.

Мама попросила:

– Принеси мені пелюшки. Мене санітарка соромила, сказала: «Вы взрослая женщина, а наделали на простынь. Убирай тут после вас».

Лікар швидко випровадив нас, а в коридорі сказав, що зараз все залежить від того, чи почне працювати її кишківник, чи зможе вона його випорожнювати.

– Ми дали їй сильну дозу послаблюючого, щоб завести кишківник. У неї ще досить міцне здоров'я, вона має «вискочити», – сказав він.

Коли ми прийшли наступного дня, мама вже була в комі. Кишківник не запрацював, вона жодного разу більш не опорожнилася. 26-го липня вона відійшла. Їй було 75 років і в неї справді був хороший запас здоров'я – усі жінки в її роду, яких я знала, доживали до 95-98 років.

Я впевнена, що слова хірурга «чого так пізно» перед операцією і докори санітарки після були вирішальними в цій історії. Слова хірурга («пізно!») відняли надію, а від докорів санітарки мама через свою сором'язливість просто заблокувала кишківник, щоб, борони боже, не «наделать на простынь».

Сподіваємося, що цей посібник дозволить вам, вашим слухачам та пацієнтам краще розумітися один з одним. Що сумніви у тому, чи не слова вбили маму, не мучитимуть дочок чи синів ваших пацієнтів, а також пацієнтів ваших учнів,

так, як вони мучать Аллу вже 20 років. Що зібрані тут знання та ідеї стануть вам опорою та дозволять отримувати менше стресу, більше задоволення від вашої професії та кращі результати.

Ми бажаємо та зичимо всім нам, щоб охорона здоров'я стала більш людяною, а усі її стейкхолдери – і лікарі, і медсестри, і управлінці, і пацієнти – більш емпатично турбувалися один про одного. Бо емпатія та людяність – надійні містки до довіри. А коли є довіра, нічого не страшно.

Коли є довіра, нічого не страшно.

Алла Тютюник





ЧЕК-ЛИСТИ
ДЛЯ
МЕДПРАЦІВНИКІВ
ТА ПАЦІЄНТІВ

ЧЕК-ЛИСТИ ДЛЯ МЕДПРАЦІВНИКІВ ТА ПАЦІЄНТІВ

Прості дії, які допоможуть будувати відносини

Після усього вивченого та сказаного ми вирішили викласти списком підсумок того, що для відносин лікаря та пацієнта добре, а що – ні. Зробили чек-лист для медпрацівників і побачили, що пацієнтам теж треба краще розуміти, що робити, а чого уникати у відносинах з медпрацівниками. Відносини – справа завжди двостороння.

Ми співставили ці списки і виявили, що є багато спільних речей до виконання обома сторонами. А саме:

Базова ввічливість — взаємна. В умовах надзвичайно високого градусу агресії в суспільстві вона може бути рятувальною та створювати мінімум безпеки задля розвитку подальших відносин.

Комунікації теж взаємні. Адже велику кількість помилок чи конфліктів можна попередити завдяки якісним комунікаціям з обох боків. Якісні питання, підготовка до зустрічі, підсумовування можуть стати чудовою навігацією для непростих розмов.

Базова етика теж повинна дотримуватися обома сторонами. Базові етичні стандарти – повага до людини, її кордонів та емоцій – одні з перших цеглинок довіри. Без них конструктивні відносини неможливі. Ігнорування правил поведінки щодо кордонів прямо призводить до глибоких образ та ворожнечі, спричинених насамперед нехтуванням цими стандартами.

Безпека та гігієна – відповідальність за це великою мірою лежить на обох сторонах, і їм важливо працювати в одній команді, щоб убезпечити кожну зі сторін від помилок. Бо ціна помилки тут занадто висока – часом вони можуть коштувати життя.

Прийняття рішень теж спільне. Адже від них залежить не лише клінічний результат, але й якість життя. Щоб коректно розподілити відповідальність за процес лікування між медпрацівниками та пацієнтами і переконатися, що це рішення є вдалим саме для цього конкретного пацієнта, треба вчитися будувати діалог, а це справа взаємна. І приймати рішення деяким людям також треба вчитися.

Антикризові комунікації — це найбільший біль і медпрацівників, і пацієнтів. Конфліктні та кризові ситуації поглинають найбільше сил та емоцій. Вони руйнують довіру та збільшують прірву між обома сторонами, і задля збереження відносин, спрямованих на лікування та одужання, критично важливо навчитися антикризовим комунікаціям.

Повага до тіла – зважаючи на вельми близький контакт між лікарем та пацієнтом та необхідність дотиків інколи малознайомих людей, нам з обох сторін потрібно додати бережності та поваги, усвідомлення та чуйності до тілесних аспектів у взаємодії медпрацівник-пацієнт.

Під час наших консультацій з медпрацівниками та пацієнтами представники обох груп заперечили: «Ви забагато від нас вимагаєте. Ось якщо вони (тобто ті, хто навпроти, – лікарі для пацієнтів та пацієнти для лікарів) почнуть краще поводитись, ми теж будемо рухатися назустріч».

Але з якого боку ми б не знаходились, ми можемо взяти відповідальність за свою поведінку, і не можемо контролювати поведінку іншого. Тому наша співавторська команда щиро вірить, що кожному потрібно почати з себе. Коли медпрацівники та пацієнти будуть пункт за пунктом з цих списків додавати в свої звички, кожна зустріч між ними буде ставати більш взаємодовільною або навіть наповнюючою. І крок за кроком ці прості рекомендації дозволять уникнути багатьох непорозумінь та цеглинка за цеглинкою вибудувати спільну довіру в секторі охорони здоров'я.

Ці списки, або чек-листи, ви можете використовувати по-різному. З ними можна звірятися представникам різних спеціальностей, задля різної практики; їх можна обговорювати чи адаптувати під потреби своїх відділень чи закладів; за ними можна вчитися та вчити інших – задля того, щоб пункт за пунктом змінювати культуру взаємодії у медзакладах.

БАЗОВИЙ ЧЕК-ЛИСТ ГІДНОСТІ ДЛЯ МЕДПРАЦІВНИКА

Прості речі, які допоможуть уникнути багатьох проблем з пацієнтами та вибудувати взаємну довіру

Актуальні контексти: дорослі, діти, поліклініка, стаціонар, відділення інтенсивної терапії. Може бути актуальним в усіх контекстах.

Базова ввічливість

Дивіться людині в очі, коли це можливо.

Знаходьте таке місце в просторі, щоб ваші очі були на одному рівні з очима пацієнта.

Вітайтеся та представляйтеся.

Коли доречно, усміхайтеся – усмішка ніколи не буває зайвою.

Вітаючись, вказуйте на час доби: «Добрий день/ранок/вечір/ніч».

Звертайтеся до пацієнта на ім'я (забудьте про «дядько», «мамочка», «жіночка», «дєточка» та інші панібратські та принизливі звертання).

Звертайтеся в першу чергу безпосередньо до пацієнта, та за потреби – до людини, котра його/її супроводжує. Стукайте у двері щоразу перш, ніж увійти до палати, та питайте, чи можна увійти. Вимикайте звук свого мобільного телефону.

Якщо вам телефонують, не відповідайте на дзвінок, доки ви в палаті пацієнта або в його/її присутності.

Базова етика

Демонструйте свою повагу до пацієнта та зацікавленість тією проблемою, з якою він або вона звернувся.

Не обговорюйте подробиці діагнозу чи лікування у відкритих просторах та в присутності сторонніх осіб.

Залишайте усе сказане пацієнтом (як під дією препаратів, так і без) між вами та ним/нею.

Замість критикувати інших лікарів, деталізуйте пацієнту свої рекомендації та аргументуйте зміни у курсі лікування.

Поважайте вибір пацієнта, якщо він/вона вирішив/ла запитати другу/третю думку. Ще й надто – не «ставайте в позу» і не відправляйте людину лікуватися до того лікаря.

Не обговорюйте інших пацієнтів чи лікарів у присутності пацієнта, навіть якщо він/вона в непритомному стані.

У присутності пацієнта не говоріть про нього/неї з іншими людьми в третій особі, навіть якщо він/вона в непритомному стані. Без достатніх фахових підстав не втручайтесь у приватні справи пацієнта.

Комунікації

Будуйте відносини з людиною. Пацієнт будь-якого віку та у будь-якому стані – не тіло чи набір діагнозів, а справжня жива людина.

Структуруйте консультацію.

Запитайте у пацієнта про його/її очікування від лікування/реабілітації.

Ставте більше відкритих запитань.

Будьте готові пояснити пацієнту, що для чого йому/їй призначено, та якого ефекту й приблизно коли очікувати.

Уникайте неоднозначних жартів та медичного жаргону.

Періодично підсумовуйте почуте, за необхідності ставте пацієнтові уточнюючі питання.

Прийняття рішень

Надайте пацієнту достатньо інформації, щоб він/вона могли прийняти рішення.

Поважайте вибір пацієнта, якщо він/вона повністю чи частково відмовляється від ваших пропозицій/приписів.

Інформуйте пацієнта про можливі замінники/альтернативні препарати/діючу речовину (якщо та коли це актуально), коли приписуєте ліки, на випадок, якщо рекомендованих найменувань не буде в наявності.

Узгоджуйте дії з представником пацієнта, якщо пацієнт не здатний/на приймати рішення.

Тіло

Завжди інформуйте пацієнта про те, що ви плануєте робити з ним/нею та навіщо.

Щоразу питайте у пацієнта про згоду на маніпуляції/доторк до тіла.

Для проведення будь-яких інтимних процедур з пацієнтом використовуйте ширму та прикривайте його/її тіло.

Не залишайте пацієнтів лежати/стояти/сидіти/рухатися оголеними.

Не оглядайте пацієнтів у присутності людей іншої статі.

Підтримуйте самостійність пацієнта у гігієнічних процедурах на тому рівні, на якому він або вона може зберігати самостійність. Насамперед – ходити до туалету: ногами, стоячи, сидячи, у судно – доти, доки це буде можливим.

Не пропонуйте пацієнту, який/яка може контролювати процеси виділення, вдягнути підгузок.

Безпека та гігієна

Коли потрібні рукавички, надягайте свіжу пару та знімайте її в присутності пацієнта.

Розкривайте шприци, ампули, інші витратні матеріали в присутності пацієнта.

Застеляйте кушетки, крісла тощо свіжими простирадлами/пелюшками перед процедурою в присутності пацієнта.

Перепитайте ім'я чи дату народження людини перед серйозними маніпуляціями заради уникнення помилки.

Антикризові заходи

Бережіть себе, свої нерви та нерви своїх пацієнтів. Зазвичай пацієнти відповідають взаємністю.

Докладіть усіх зусиль, щоб залишатися спокійними, не грубіть і не дратуйтеся, не підвищуйте голос.

Попереджуйте про можливі негативні наслідки чи побічні дії втручань та препаратів, та інформуйте, який план дій у випадку, якщо щось піде не так.

Намагайтесь максимально уникнути примусу під час процедур. Якщо це дитина чи пацієнт, котрий перебуває в нестабільному психічному стані, заручіться підтримкою його/її близьких.

Не критикуйте і не сваріть пацієнта. Натомість пояснюйте, як, що і для чого потрібно робити.

Якщо пацієнт боїться чи панікує, дайте йому/їй час заспокоїтись.

Запропонуйте пацієнту занотувати інформацію. Дозуйте інформацію та перевіряйте, як її розуміє пацієнт (особливо коли він/вона збуджений/на чи має високу емоційну температуру).

БАЗОВИЙ ЧЕК-ЛИСТ ПОВАГИ ДЛЯ ПАЦІЄНТА

Прості речі, які дозволять краще побудувати взаємодію з лікарем/медсестрою та попередити масу проблем

Підготовка до візиту чи розмови

Складіть список своїх скарг, симптомів чи інших питань.

Занотуйте важливі деталі: як ті, що стосуються скарг/дискомфорту, так і стосовно прийому медикаментів.

Структуруйте нотатки:

- які ваші основні скарги,
- які події призвели до них,
- коли це почалось,
- якщо ви відчуваєте біль, опишіть його (такий, що коле чи тисне, різкий тощо), також його силу по шкалі від 1 до 10 балів,
- які медикаменти ви приймаєте,
- дата останніх місячних (коли актуально).

Приготуйте результати аналізів чи обстежень і медичну документацію та принесіть їх з собою.

Освіжіть в пам'яті свою медичну історію, щоб швидко давати відповіді на питання чи, якщо знадобиться, коротко розповісти її лікарю.

Ознайомтеся заздалегідь зі статусом контрактування закладу в НСЗУ (якщо і коли це актуально).

Візьміть з собою нотатник (або ввімкніть диктофон, попередивши про це лікаря та пояснивши, що ви це робите, щоб можна було переслухати розмову) та занотуйте основну інформацію з діалогу з лікарем.

Базова ввічливість

Не вривайтеся до кабінету, навіть якщо «мені лише спитати» або «мені лише забрати довідку».

Поважайте порядок черги.

Вітайтеся та називайте своє ім'я, звертайтеся до лікаря/медсестри на ім'я (на ім'я по-батькові).

Почніть з дружнього та доброзичливого тону.

На початку запитайте у лікаря, чи зручно їй/йому зараз розмовляти. Уточніть, скільки є часу на розмову.

Не користуйтеся телефоном під час візиту.

Зберігайте контакт очима, коли це можливо.

Не витрачайте час лікаря на балачки поза темою.

Запитайте про зручні для лікаря години та канали для спілкування/ уточнення питань, якщо такі виникнуть після візиту.

Не передавайте мобільний номер лікаря без його/її згоди іншим людям.

Базова етика

Не телефонуйте лікарю/медсестрі та не вимагайте від них екстреної уваги чи особливого ставлення з огляду на те, що ви чийсь/чиясь брат/сестра/кум(а)/сват/свекруха/депутат(ка)/клієнт корпоративної страховки (список можна продовжити), – бо в контексті професійних відносин у лікаря немає VIP-персон. Є пацієнти, яких він/вона повинні пріоритезувати лише за станом здоров'я.

Повідомте лікаря про намір отримати другу думку або про звернення/ лікування у інших спеціалістів.

Не питаєте у лікарів: «Чи ви б так лікували свою маму/тата/дитину/ чоловіка?» Натомість поділіться своїми побоюваннями чи поставте питання, які вас хвилюють.

Якщо ви відчуваєте, що не можете довіритися лікарю, варто подбати про те, щоб знайти іншого.

Ставтеся з повагою до приватності інших пацієнтів.

Не фотографуйте/не знімайте на відео інших пацієнтів.

Комунікації

Почніть зі списку своїх питань та вирішіть разом з лікарем, в якому порядку ви зможете по них пройтися.

Повідомте лікаря про можливі культурні чи релігійні особливості, які можуть впливати на вашу проблему/симптоми/діагноз.

Давайте на запитання лікаря чесні відповіді.

Діліться з лікарем своїми страхами, очікуваннями та сумнівами.

Фокусуйтеся на розмові. Озвучуйте інформацію, що стосується питання, з яким ви прийшли до лікаря. Уникайте загальних запитань, визначтеся, що вам потрібно знати, та будьте конкретними у формулюваннях.

Уповільнюйте розмову чи ввічливо зупиняйте лікаря, коли вам щось не зрозуміло чи ви з чимось не погоджуєтесь. Ставте питання, якщо вам щось не зрозуміло. Перевіряйте своє розуміння почутого за допомогою уточнюючих запитань.

Якщо маєте потребу спілкуватися з лікарем наодинці, повідомте йому/їй про це.

Підсумовуйте протягом розмови та в кінці. Переконайтеся, що усі ваші питання були обговорені, а потреби – почуті.

Питайте про цілі призначень, про очікуваний результат, побочні ефекти та наступні кроки в разі, якщо щось піде не так.

Надавайте чесний зворотній зв'язок – і про хороше, і про погане – у доброзичливій формі.

Спільне прийняття рішень

Поінформуйте лікаря про те, наскільки ви хочете бути залученим/залученою до прийняття рішень, та наскільки багато деталей хочете знати, кого з близьких долучити.

Попередьте лікаря про можливі культурні чи релігійні особливості, які можуть впливати на ваш вибір лікування.

Антикризові комунікації

Бережіть себе, свої нерви та нерви медпрацівників.

Докладіть усіх зусиль, щоб залишатися спокійними, не грубіть і не дратуйтеся, не підвищуйте голос.

Декілька фраз, які можуть допомогти в разі труднощів:

- Я хвилююся, що ми не зовсім один одного зрозуміли. Ось, чому мені так здається....
- Мені потрібно поговорити з вами про «А». Чи можемо ми це обговорити зараз?
- Я розумію, що ви поспішаєте. Мені дуже потрібно обговорити «А». Коли я можу вам передзвонити чи прийти повторно?
- Будь-ласка, допоможіть мені зрозуміти «Б».
- Я хочу переконатися, що правильно вас зрозуміла. Ви сказали мені зробити «АБВГ». Так?
- Мені складно зрозуміти медичну термінологію. Чи не могли б ви трохи уповільнитися та пояснити мені це простою мовою?
- Який термін мені загуглити, щоб пошукати більше інформації про хворобу/маніпуляцію/ліки? Що порадите почитати?

Ввічливо просить лікаря надати призначення та інформацію про діагноз письмово, з підписом та печаткою.

В разі виникнення спірних ситуацій зберігайте спокій та звертайтеся до завідувача відділенням чи головного лікаря. Бажано з письмовою заявою, в якій викладені ваші питання/скарги, зареєструвавши її в канцелярії.

Безпека та гігієна

Перед відвіданням лікаря прийміть душ та вдягніть чистий зручний одяг, свіжу білизну на випадок, якщо доведеться роздягнутися, почистіть зуби.

Беріть з собою про всяк випадок рушник, серветки, воду, чисті шкарпетки.

Ви можете просити медпрацівника розпаковувати одноразові витратні матеріали та ампули у вашій присутності.

Ретельно мийте руки якомога частіше під час візиту до медичного закладу та після нього.

Відслідковуйте побічні ефекти від препаратів/маніпуляцій та повідомляйте про них лікаря.

СЛОВА ПІДТРИМКИ ВІД ЛІДЕРІВ ДУМОК

«Якість медичної допомоги починається не з особливих знань чи володіння новітніми технологіями, не з «почуття обов'язку», не зі «стандартів нашої клініки» і тим більше не з дзвінка керівництва про когось «дуже важливого». Справжня якість медичної допомоги починається з емпатії. Коли лікар та медсестра бачать не «пацієнта» і навіть не «клієнта», а людину. Людину з унікальною історією, з усіма тонкощами досвіду та емоцій, із людською гідністю і безумовною цінністю. І поведуться так, як хотіли б, щоб поводитися з ними на місці цієї людини. З повагою, розумінням і підтримкою».

Катерина Булавінова
медичний експерт Дитячого фонду ООН
(ЮНІСЕФ) в Україні

«В Україні відсутній публічний дискурс стосовно довіри системі охорони здоров'я і лікарям. Низький рівень довіри медицині як раз починається з агресивної, подекуди токсичної, риторики медичного персоналу до пацієнтів та їхніх близьких. Посилюють недовіру ще й негативні результати лікування, висвітлені в ЗМІ чи отриманні по «сарафанному радіо». Однією з причин фрагментації відносин між лікарем та пацієнтом є відсутність підготовки медичного персоналу з комунікативних навичок. Як повідомити про рак пацієнту, чи про смерть пацієнта родичам, нас ніхто не вчив. Вчилися на прикладі старших колег, як це робити, або навпаки – як це не робити. Посібник «Людяність і емпатія в охороні здоров'я» містить увесь обсяг сучасних даних, щоб покрити дефіцит теоретичної інформації, а його практична частина дозволить швидко, на конкретних прикладах, ввести методики правильної комунікації в щоденну роботу лікарів. Цей посібник скорочує розрив у спілкуванні між пацієнтом та лікарем, але для початку лікарі мають його прочитати. Обов'язково».

Андрій Безносенко
головний лікар Національного інституту раку,
онкохірург

«Під час сьогоднішнього прийому в нашій сільській амбулаторії подумалось, що у пацієнтки занадто багато скарг для одного візиту. Я згадав ранішню фразу для роздумів: «І як хочете, щоб з вами чинили люди, так і ви чинить з ними». Але Бог, замість зробити мене кращим лікарем, щоденно піднімає планку емоційних викликів, а для її подолання мені самому потрібно шукати практичні інструменти...

«Зовсім не страшну книгу...» ми з дружиною читали повільно і щовечора влаштовували коло рефлексії та знаходження паралелей з нашим життям і роботою в громаді. Ми разом знаходили і випробовували нові інструменти:

Мені здається, що ви розгублені такою кількістю скарг, давайте спробуємо розібрати частину зараз, частину за тиждень...

Попри те, що ми не завершили роботу з цією людиною, спілкування залишило відчуття задоволення тим, що ми обов'язково знайдемо вирішення наших питань. А також я розумію те, що емпатія – це не просто практичний інструмент взаємодії з людиною на прийомі, а наша щоденна емоційна гігієна».

Вадим Вус
сімейний лікар,
тренер Академії сімейної медицини України

«Відкритість лікарні – це одна з традицій, яку ми успадкували від Миколи Амосова та Інституту серцево-судинної хірургії під його керівництвом. Відкритість допомагає нам отримувати кращі клінічні результати. Відкритість допомагає менше вигоряти. Відкритість допомагає будувати довіру, а довіра між лікарем та пацієнтом – безцінна. Важливо вчитися відкритості з першого курсу, а практикувати – з першої консультації й до останньої виписки».

Ілля Ємець
доктор медичних наук,
директор Центру дитячої кардіології
та кардіохірургії,
професор кафедри дитячої кардіології
та кардіохірургії НУОЗ імені Платона Шупика

«Питання комунікації, людяності та орієнтованості на пацієнта є дуже важливими для медичної спільноти, пацієнтів та суспільства в цілому. Здоров'я людини – це найбільша цінність. Я завжди зазначаю, що здоров'я людини починає формуватися в період внутрішньоутробного розвитку та в перші роки життя. Освіта суспільства та належні комунікації надавачів медичних послуг та пацієнтів за умови належної поваги та людяності зможуть зробити світ кращим, доброзичливим та безпечним. Саме навчальний посібник, розроблений групою авторів, зробить важливий внесок до цих змін. Особисто для мене співпраця в робочих групах з членами авторського колективу стала важливим досвідом комунікацій та дала відповіді на складні питання».

Єлізавета Шунько

доктор медичних наук, професорка,
член-кореспондентка НАМН України,
завідувачка кафедрою неонатології НУОЗ
імені Платона Шупика

ВЕЛИКА ПОДЯКА

усім, хто прямо чи опосередковано доклав зусиль до того, щоб цей посібник з'явився у світі:

Валентині Ануфрієвій	Юлії Мартиненко
Віктору Артеменку	Наталі Мітяєвій
Тарасу Безпалому	Ірині Мовчан
Дарині Богдан	Альоні Охотніковій
Аліні Борисовій	Оксані Петринич
Ірині Боровик	Вікторії Підворчанській
Інні Волосевич	Наталі Повар
Тетяні Гавриш	Марії Поповій
Наталі Галіяш	Тетяні Поповій
ГО «Ранні пташки»	Ользі Пошуруєвій
Ользі Говардовській	Ніні Резніченко
Олексію Головіну	Наталії Рудаковій
Анастасії Горецькій	Тетяні Сендецькій
Олені Горській	Павлу Сільковському
Софії Гусак	Івану Симоновському
Олександру Гусакову	Зоряні Скалецькій
Дарині Дмитрієвській	Юрію Смоленському
Андреасу Ерету	Тетяні Степурко
Олені Ігнащук	Петрові Точилкіну
Марині Кахновій	Юлії Тихолаз
Команді Info Sapiens	Юлії Турпаковій
Командам ГО «Горизонталі»	Аллі Тютюник
та «Зовсім не страшної книги...»	Олексію Харитонову
Олені Коротун	Марії Храпачовій
Олександру Костюку	Івану Черненку
Олені Костюк	Єлізаветі Шунько
Анні-Вероніці Краснопольській	Марії Шило
Ларисі	Анастасії Шуренковій
Анастасії Леухиній	Тетяні Щудровій

Навчальне видання
Леухіна Анастасія Геннадіївна

ЛЮДЯНІСТЬ ТА ЕМПАТІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

ПОСІБНИК ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ

Ідея та упорядкування **Анастасія Леухіна**
Координація **Олена Ігнашук**
Обкладинка, дизайн, макет, обробка ілюстрацій та верстка **Аліна Борисова**
Редагування **Марія Храпачова**
Коректура **Ольга Пошуруєва**

Підписано до друку: --.--.--, Формат:
Друк офсетний. Папір ... Наклад прим. Зам. № ...

Україно-швейцарський проєкт «Розвиток медичної освіти»
01001, м. Київ, вул. Лютеранська, 6Б, кв. 43
тел.: +380 44 384 10 09
E-mail: events@mededu.org.ua
mededu.org.ua

МАЙСТЕР
КНИГ

Видавництво і друк: **Майстер книг**
Свідоцтво, реєстровий номер
03037, м. Київ, вул. Максима
Кривоноса, 2Б
E-mail: zamov@masterknyg.com.ua

«Відкритість допомагає нам отримувати кращі клінічні результати. Менше вигоряти. Будувати довіру, а довіра між лікарем та пацієнтом — безцінна. Важливо вчитися відкритості з першого курсу, а практикувати — з першої консультації й до останньої виписки».

Ілля Ємець, доктор медичних наук, директор Центру дитячої кардіології та кардіохірургії, професор кафедри дитячої кардіології та кардіохірургії НУОЗ імені Платона Шупика

«Питання комунікації, людяності та орієнтованості на пацієнта є дуже важливими для медичної спільноти, пацієнтів та суспільства в цілому. Саме навчальний посібник, розроблений групою авторів, зробить важливий внесок до цих змін. Особисто для мене співпраця в робочих групах з членами авторського колективу дала відповіді на складні питання.»

Єлизавета Шунько, доктор медичних наук, професорка, член-кореспондент НАМН України, завідувачка кафедри неонатології НУОЗ імені Платона Шупика

«Емпатія - це не просто практичний інструмент взаємодії з людиною на прийомі, а наша щоденна емоційна гігієна».

Вадим Вус, сімейний лікар, тренер Академії сімейної медицини України

«Посібник "Людяність і емпатія в охороні здоров'я" містить увесь обсяг сучасних даних, щоб покрити дефіцит теоретичної інформації, а його практична частина дозволить швидко і на конкретних прикладах ввести методики правильної комунікації в щоденну роботу лікарів. Цей посібник скорочує розрив у спілкуванні між пацієнтом та лікарем, але для початку лікарі мають його прочитати. Обов'язково».

Андрій Безносенко, головний лікар Національного інституту раку, онкохірург

«Справжня якість медичної допомоги починається з емпатії. Коли лікар та медсестра бачать не «пацієнта» і навіть не «клієнта», а людину. Людину з унікальною історією, з усіма тонкощами досвіду та емоцій, із людською гідністю і безумовною цінністю. І поведуться так, як хотіли б, щоб поводитися з ними на місці цієї людини. З повагою, розумінням і підтримкою».

Катерина Булавінова, медичний експертка Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні



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

Проект фінансується Швейцарською агенцією розвитку та співробітництва. Погляди й ідеї, представлені в цьому виданні, належать автору(-ам) і не обов'язково відображають погляди Швейцарської агенції розвитку та співробітництва.