

Навыки общения в паллиативной медицине: как и чему учить?

Анна Сонькина

Центр непрерывного профессионального образования Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова

План

- 1) Чему учить? Роль общения в паллиативной помощи и место в образовании
- 2) Навыки общения в паллиативной помощи. Демонстрация и обсуждение
- 3) Как учить? Возможности обучения, демонстрация группового тренинга

1. Чему учить?

Содержание программ по паллиативной медицине

- Контроль симптомов
 - Боль, одышка/удушье, кашель, тошнота/рвота, слюнотечение, сухость во рту, кахексия/анорексия, зуд, депрессия, делирий, пролежни, запоры ...
- Особенности при разных заболеваниях
- Помощь в конце жизни
- Организация мультидисциплинарной помощи
- Этика
- Общение

Этика в паллиативной помощи

- **Автономия пациента**

- *Право пациента на самоопределение: получение информации, принятие решений; автономия в помощи детям и не-когнитивным взрослым*

- **Благодеяние:**

- *Соблюдение интересов пациента исходя из заботы о качестве жизни и качестве смерти*

- **Не-причинение вреда:**

- *Избегание нанесения вреда, в т. ч. эвтаназии*

- **Справедливость:**

- *Равное право на помощь и разумное распределение ресурсов*

Общение в паллиативной помощи

- Базовые навыки: расспрос, установление контакта, разъяснение
- Сообщение плохих новостей
- Работа с отрицанием
- Преодоление заговора молчания
- Совместное принятие решений
- Эвтаназия
- Отказ от лечения/реанимации

Чему надо учить обучающихся в России

- ?

По наблюдениям

- ЭТИКА:
 - **Автономия пациента и пациент-центрированность врача**
 - Право на отказ от лечения и реанимации – негарантированное в РФ
 - Профессионализм и **сочувствие**
- Общение:
 - **Сообщение плохих новостей**
 - Совместное принятие решений = перевод на паллиативную помощь
 - Подача сложной информации = разъяснение
 - Работа с конфликтом

2. Навыки общения в паллиативной помощи

Сообщение плохих новостей

- Михаил Иванович, 46 лет, обратился с длительным кашлем, периодическим кровохарканием, потерей веса. Обследован: КТ, бронхоскопия очага в легких, диагноз – мелкоклеточный рак легкого.
- 5-летняя выживаемость – 10-25%. Лечение – химиотерапия и лучевая терапия.

Ошибки при сообщении плохих новостей

- Несообщение информации - !!!
- неподобающая обстановка
- **Равнодушие**
- Отсутствие доверия, поиск пациентом «второго мнения»
- непонимание и **ложные надежды**
- Эмоциональное выгорание врачей

3 стиля сообщения плохих новостей

- 1) «Слишком резко» = неожиданно
 - *Повышает риск «неадекватных» реакций: слез, истерик, агрессии, недоверия, суицидов*
 - *Считывается как равнодушие*
- 2) «Слишком медленно и/или завуалированно»
 - *Повышает тревогу, уменьшая доверие*
 - *Риск непонимания пациентом проблемы*
- 3) Прямо и сочувственно

Эффективное сообщение плохих новостей

1) Проверка исходного положения

- *«Вы что-то знаете?»*
- *«У вас есть мысли по поводу этого?»*
- *«Как вы представляете ситуацию?»*

2) Пробный выстрел

- *«К сожалению, результаты не такие, как мы ожидали»*
- *«Мне нужно сказать вам о чем-то, что может вас расстроить»*
- *«Есть неожиданные изменения в анализах, которые нам нужно обсудить»*

Эффективное сообщение плохих новостей

3) Разрешение

- «Я могу продолжать?», - «Вы готовы слушать дальше?»

4) Дозированное объяснение

- не торопиться, не перегружать! Паузы!

5) Принятие реакции + эмпатия + **обоснованная надежда**

- «Я вижу, вам очень трудно это слышать»
- «Вы не ожидали этого»
- «Мне очень трудно вам об этом говорить»
- «Мне очень жаль»

Работа с конфликтом

- Тот же пациент, рецидив через 4 мес. Попытка дальнейшего лечения без эффекта + большая токсичность. Выписан, находится дома. Согласен на хоспис.
- Конфликт с родственником пациента, не согласным на хоспис
- *«Вы что себе позволяете, убить его решили???»*

Ошибки при работе с конфликтом

- Ответ на «провокацию» – ответные обвинения, обида
- Преждевременные действия, приводящие к конфронтации
 - Контраргументы
 - Успокоение
 - Предложение альтернатив

Принятие (accepting response)

- Принятие чувств, мнений, реакций пациента **без осуждения**
 - *«Вы боитесь, что стероиды могут повлиять на ваш вес, так?»*
 - *«Вам тревожно, что нарушения стула могут быть из-за рака..»*
 - *«Вам пришлось ждать дольше, чем вы рассчитывали»*
- ПАУЗА!!! *«~~Да, но...~~»*
- Нормализация чувств
 - *«Я понимаю, что это могло вас напугать/ расстроить/ разозлить»*

Принятие

- Создает основу для доверия
- Обязательное условие для эффективного успокоения (reassurance)
- Снижает вероятность конфликта
- ПРИНЯТИЕ ≠ СОГЛАСИЕ

~~«Да, но»~~

- Преждевременные
 - Успокоение
 - Оспаривание, разубеждение
 - Осуждение

не способствуют выстраиванию отношений

- Сначала – понять точку зрения и чувства пациента, какими бы они ни были

Поддержка

- Желание помочь
 - *«Меня беспокоило то, что вы сказали»*
 - *«Надеюсь, нам удастся с этим справиться»*
- Похвала за усилия и участие пациента
 - *«Спасибо, что рассказали об этом»*
 - *«Здорово, что вы так много читали/думали/вкладываетесь»*

Вовлечение пациента

- Предложение, а не навязывание своих мыслей
 - *«Я думаю, есть много аспектов у этой проблемы, которые можно было бы обсудить»*
 - *«Мне хотелось бы добавить кое-что к вашим рассуждениям, можно?»*

3. Как учить?

Уровни компетентности

- Уровень установок = этика
 - Методы: дидактические, рефлексивное обучение, «невидимый» куррикулум
- Уровень навыков = общение
 - Методы: дидактические, симуляция

Демонстрация тренинга

ЧТО СРАБОТАЛО?	ЧТО НЕ СРАБОТАЛО? МОЖНО БЫЛО СДЕЛАТЬ ИНАЧЕ?

Особенности симуляционного обучения

- Ориентация скорее на навыки, чем на установки
- **Ученик-центрированность:** общение обнажает личность
- Анализ симуляционного опыта: акцент на задачах
- Конструктивная **обратная связь:**
 - от группы
 - от фасилитатора
 - **от симулированного пациента**
- Переигрывание

ALOPA: agenda-led outcome based analysis

= Ориентированный на запрос основанный на исходах анализ

- в группах или при индивидуальной работе
- с аудио/видео записями
- с участием симулированных пациентов

Метод обучения на основе модели ALOBA

- Ставит в центр учебного процесса **запрос и предшествующий опыт обучаемого**
- Ориентирует общение на **достижение клинического результата**
- Закрепляет учебный опыт **обратной связью от пациента** и от группы и переигрыванием

Симулированный пациент: задачи

- Игра:
 - Создание ощущения реальности, в т.ч. при переигрывании
 - Помощь в обучении, а не перформанс: дозирование, сигналы, информация или эмоции как награда за эффективное общение
- **Обратная связь:** по потребности обучающегося, вербальная, описательная
- Взаимодействие с фасилитатором:
 - Понимание учебных задач
 - Участие в создании безопасной, поддерживающей атмосферы

Преимущества СП

- Стандартизация
- **Обратная связь**
- Переигрывание
- Соответствие симуляции уровню обучающегося
- Специфические, сложные ситуации
- Возможность импровизации

Ресурсы и контакты

- www.each.eu
- fantomkurs@mail.ru
- <http://www.mma.ru/education/uzentr/>

