

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ. ОБЩЕНИЕ С УМИРАЮЩИМ ПАЦИЕНТОМ

И. Денисов, академик РАМН, доктор медицинских наук, профессор,
А. Резе, кандидат медицинских наук,
А. Волнухин, кандидат медицинских наук,
I МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: rese@mail.ru

Одно из самых трудных испытаний профессионализма врача – оказание помощи умирающему пациенту. В подобных ситуациях эффективный диалог между врачом и больным позволит значительно сократить объем ненужных вмешательств, защитить эмоциональную сферу пациента, членов его семьи и лечащего врача, облегчить их моральные страдания.

Ключевые слова: умирающий пациент, коммуникативные навыки, взаимоотношения врач–пациент.

Общение с умирающим пациентом – одна из самых трудных обязанностей лечащего врача. Предлагаемые ниже рекомендации позволят облегчить последние дни или часы жизни умирающего пациента, уменьшив неизбежные в таких случаях негативные эмоции лечащего врача, медицинских работников и обслуживающего персонала. Эффективное общение с членами семьи умирающего пациента будет предметом обсуждения в следующей статье этого цикла.

В отечественной медицинской профессиональной литературе еще не сформировалось однозначного отношения к проблеме общения врача с умирающим пациентом. Авторитетные ученые, лидеры отечественного медицинского сообщества в публикациях, посвященных медицинскому обслуживанию умирающих пациентов, убеждают читателей в необходимости тщательно скрывать от таких больных правду о прогнозе [1]. Однако в последнее время обращает на себя внимание то, что такие публикации становятся все большей редкостью в русскоязычных изданиях и давно исчезли из зарубежных журналов. С другой стороны, исчезла и та безальтернативность, с которой некоторые зарубежные авторы [5] настаивали на обязательном полном информировании пациентов о приближающейся неизбежной смерти. В настоящее время наиболее распространен подход, в соответствии с которым пациент должен получить ровно столько информации, сколько сам считает нужным [6] – ни больше, но и не меньше.

Главная сложность при принятии решения о дальнейшей медицинской помощи умирающему – отсутствие общепризнанных критериев для постановки диагноза «умирание» (наступление смерти в течение ближайших часов или дней), а между тем все принимающие участие в уходе за пациентом должны иметь согласованную позицию по данному вопросу. Например, разные взгляды на этот счет у врача и медицинской сестры могут дать пациенту и членам его семьи необоснованную надежду на благоприятный исход, что, в свою очередь, помешает им принять правильное решение о мерах по уменьшению страданий пациента. Иногда врачи не хотят ставить диагноз «умирание», если сохраняется малейшая на-

дежда на улучшение (это, например, бывает в случаях, когда конкретная причина тяжелого состояния не установлена). Однако даже при неуверенности в наступлении фазы умирания лучше обсудить эту неуверенность, чем давать ложную надежду пациенту и его семье. Пациент и члены его семьи обычно воспринимают такой подход как подтверждение надежности взаимоотношений с лечащим врачом, что обеспечивает доверительные отношения с ним. Вероятность выздоровления и обоснованность продолжения инвазивных вмешательств должны быть обсуждены с пациентом и членами его семьи до наступления декомпенсации.

ДИАГНОСТИКА УМИРАНИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Знание ключевых проявлений и симптомов умирания – необходимый навык при обеспечении помощи тяжело больному. Терминальная стадия у больных раком иногда может протекать стремительно, например вследствие массивного кровоизлияния, но обычно наблюдается постепенное снижение функционального статуса. У таких пациентов часто с наступлением фазы умирания ассоциируются следующие признаки:

- пациент перестает вставать с постели;
- он находится в полукомагиозном состоянии;
- способен употреблять только жидкую пищу и только маленькими глотками;
- не в состоянии принимать пероральные лекарственные средства.

ДИАГНОСТИКА УМИРАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Прогнозировать неизбежную близкую смерть у пациентов, умирающих от сердечной недостаточности, особенно трудно по нескольким причинам. Прогрессирование сердечной недостаточности не всегда является результатом необратимого прогрессирования основного патологического процесса. Во многих случаях имеется обратимая причина (например, инфекция органов грудной клетки, анемия, аритмия, неадекватное лечение сердечной недостаточности), коррекция которой приводит к значительной симптоматической ремиссии. Кроме того, использование стандартных диуретиков, инотропных препаратов и вазодилататоров в разных комбинациях может обеспечить улучшение самочувствия (к сожалению, в большинстве случаев временное). Неудачу попыток выявить надежные биохимические или гемодинамические критерии наступления терминальной стадии можно объяснить значительной вариабельностью реакции организма на вмешательство.

По данным экспертов [3] в области паллиативной помощи, для этих пациентов характерны:

- предыдущие госпитализации в связи с прогрессированием сердечной недостаточности;
- отсутствие обратимой причины ухудшения;
- использование оптимальной схемы общепринятой терапии;
- снижение функции почек;
- отсутствие ответа на адекватные изменения в назначении диуретиков и вазодилататоров через 2–3 дня полноценной терапии.

В то время как состояние других пациентов постепенно улучшается, состояние этих пациентов продолжает ухудшаться, при этом в некоторых случаях даже в таком состоянии они могут прожить больше недели.

ОБСУЖДЕНИЕ ПРОГНОЗА С ПАЦИЕНТОМ, НАХОДЯЩИМСЯ В СОЗНАНИИ

После того как диагноз «умирание» перестал вызывать сомнения, лечащему врачу необходимо принять меры для обсуждения его с пациентом. Специальные исследования показали, что в большинстве случаев умирающие пациенты хотят обсудить с врачом аспекты предсмертной помощи, но они ожидают, что это обсуждение начнет врач [2].

Методика обсуждения. Вопрос для начала обсуждения со всеми пациентами: «Как много Вы хотели бы узнать о прогнозе развития Вашего заболевания?»

Вариант 1. Пациент хочет знать свой прогноз максимально подробно. Выясните, какую именно информацию и в каком виде пациент хочет узнать (например, статистические данные, обсуждение дальнейших планов или эффективности лечения). Предоставьте информацию, выделяя как позитивные, так и негативные ее стороны: (например, 25% пациентов с этим заболеванием живут более 3 лет, однако 75% умирают за это время). Сообщите пациенту о вашем понимании его реакции, используйте эмпатические выражения. Оцените степень понимания пациентом полученной им от вас информации: «Могли бы Вы мне сказать, что мы сегодня с Вами обсуждали?»

Вариант 2. Пациент не хочет знать о прогнозе. Узнайте, почему пациент предпочитает не говорить об этом: «Не могли бы Вы мне помочь понять, почему не хотите обсудить прогноз?» Сообщите пациенту о вашем понимании его эмоциональных и информационных трудностей, используйте эмпатические выражения (например, «Я понимаю, что обсуждение этого может быть трудным для Вас»). Если пациенту для принятия важных решений нужно знать свой прогноз, обдумайте, как вы могли бы сообщить ему ограниченное количество информации или попросите пациента выбрать доверенное лицо для получения всей информации вместо него.

Вариант 3. Пациент не может определить, хочет ли он знать прогноз (например, пациент хочет его знать, но боится узнать всю правду). Убедитесь в неуверенности пациента: «Похоже на то, что Вы не можете решить, хотите ли Вы знать свой прогноз или нет. Это так?» Попросите его привести аргументы за и против получения всей информации. Сообщите о вашем понимании его реакции, используйте

эмпатические выражения. Объясните возможные способы предоставления информации.

ПОТЕНЦИАЛЬНО ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ УЧЕТА ПРЕДПОЧТЕНИЙ УМИРАЮЩЕГО ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Откровенность врача (прямое или опосредованное общение). Вопросы, задаваемые врачом: «Как много Вы хотите узнать сейчас о Вашем состоянии?» Если пациент предпочитает не знать всего: «Вы хотели бы поговорить об этом в другой раз?»

Потенциальные последствия. Врач может быть воспринят как грубый, жестокий и не заботящийся о пациенте, если он сообщит ему информацию о его состоянии без учета готовности пациента ее услышать или если пациент предпочитает получить информацию через членов семьи. Пациент может испытать чувство безнадежности, депрессии и тревоги, если не будет психологически готов услышать плохой прогноз или если он захочет остаться в неведении, пытаясь таким образом сохранить надежду на благополучный исход.

Привлечение членов семьи или выбор независимости. Вопросы, задаваемые врачом пациенту: «Вы предпочитаете, чтобы я обсудил Ваше состояние с Вами лично или с членами Вашей семьи?» Если пациент хочет, чтобы обсуждение состоялось с членами семьи: «Хотели бы Вы присутствовать при обсуждении Вашего состояния с членами Вашей семьи?»

Потенциальные последствия. Разногласие между семьей или пациентом и лечащим врачом может возникнуть, если врач не выяснит, хочет ли пациент или члены его семьи быть вовлеченными в обсуждение. Пациент может почувствовать себя изолированным, если его семья не будет участвовать в обсуждении.

Принятие решений. Вопросы, задаваемые врачом пациенту: «Каким способом Вы бы хотели принимать решения о Вашем здоровье?» «Вы хотели бы принимать решение самостоятельно после того, как я сообщу Вам обо всех возможностях?» (недирективное консультирование). «Хотите, чтобы я Вам посоветовал, какое решение, на мой взгляд, лучшее?» (директивное консультирование). «Вы хотите обсудить все за и против предлагаемого лечения, а потом совместно со мной принять решение?» (совместное принятие решения).



Международная выставка «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ-2010»
6–10 декабря, ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР»



Выставка «Здравоохранение» вот уже 5-й год подряд является центральным событием международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения», целью которого является содействие в реализации национального проекта в сфере здравоохранения, концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. и динамичного повышения уровня современной медицины на инновационной основе.

Выставочно-конгрессный блок «Российская неделя здравоохранения – 2010» включает:

- 20-ю юбилейную международную выставку «Здравоохранение-2010»;
- 4-ю международную выставку «Здоровый образ жизни – 2010»;
- 12-й ежегодный научный форум «Стоматология-2010»;
- 5-ю международную научную конференцию «Спортмед-2010»;
- 17-ю международную выставку «Аптека-2010»;
- Международный деловой медико-фармацевтический форум.

В выставках «Здравоохранение-2010» и «Здоровый образ жизни – 2010» примут участие более 1000 компаний, организаций и предприятий из 40 стран мира.

Выставка работает с 10.00 до 18.00; 10 декабря – с 10.00 до 16.00

Подробная информация на www.zdravo-expo.ru

Потенциальные последствия. Возможно принятие нежелательного для пациента решения и недостаточный уровень сотрудничества между врачом и пациентом (и семьей), если врач использует директивный стиль консультирования, а пациент предпочитает недирективный. Пациент может потерять доверие к врачу, если врач использует недирективный стиль консультирования, а пациент предпочитает директивный.

Подробное планирование медицинской помощи. Вопросы, задаваемые врачом пациенту: «Какие цели Вы ставите перед собой в настоящее время? Что для Вас является целью жизни в настоящее время?» «Что Вы думаете об искусственном поддержании Вашей жизни с помощью аппаратов, если шансов жить независимо от них не будет? Если Вы будете не в состоянии принять самостоятельного решения о Вашем медицинском обслуживании, кому Вы доверите это сделать за Вас?»

Потенциальные последствия. Возможно избыточное применение бесполезных агрессивных методов лечения умирающего и недостаточное использование хосписной помощи, если пациенту их не предложили или он не в полной мере понимает, что это такое.

Социальные, образовательные и семейные факторы. Вопросы, задаваемые врачом пациенту: «Расскажите мне подробнее о Вашей семье?» «Был ли у Вас или у Вашей семьи опыт ухода за тяжело больным родственником? Если да, то как этот опыт повлиял на Вас?»

Потенциальные последствия. У врача может сложиться неверное, стереотипное представление о пациенте, если он не спросит его о предыдущем опыте, не выяснит социальных, образовательных и семейных предпочтений.

Религиозные и духовные факторы. Вопросы, задаваемые врачом пациенту: «Существует ли что-нибудь, что я должен узнать о Ваших религиозных или духовных взглядах, прежде чем мы перейдем к обсуждению состояния Вашего здоровья?»

Потенциальные последствия. Поведение врача может быть воспринято как неуважительное, если он оставит без внимания религиозные и духовные ценности пациента. Пациент может не воспринять медицинских рекомендаций, если врач не понимает представлений пациента о роли и месте врача в контексте религиозных и духовных традиций пациента.

НЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ФРАЗЫ И ВЫРАЖЕНИЯ, ИСПОЛЗУЕМЫЕ ВРАЧАМИ ПРИ БЕСЕДЕ С УМИРАЮЩИМИ

Врач: «Мы ничего не можем сделать для Вас». Возможная интерпретация пациентом: «От меня отказываются. Мой врач не хочет больше видеть меня».

Альтернативная фраза: «В нашем распоряжении имеется множество способов облегчения Ваших симптомов и улучшения Вашего самочувствия. Но, к сожалению, эти способы могут только облегчить проявления заболевания, но не устранить его причины».

Врач: «Настало время прекратить лечение». Возможная интерпретация пациентом: прерывание лечения: «Доктор не хочет больше заботиться обо мне».

Альтернативная фраза: «Что Вы скажете на мое предложение перейти на другой тип лечения, целью которого будет преимущественно уменьшение симптомов? Я в любом случае буду с Вами, какое бы решение Вы ни приняли».

Врач: «Хотите ли Вы, чтобы мы делали все для поддержания Вашей жизни в любом случае (например, постоянную искусственную вентиляцию легких)?» Возможная интерпретация пациентом: прерывание адекватной медицинской помощи: «Если я не заставлю их делать все возможное, я не смогу получить максимально высокий уровень медицинской помощи».

Альтернативная фраза: «Если Ваше заболевание станет крайне тяжелым, хотели бы Вы, чтобы мы использовали искусственное поддержание жизни или предпочитаете естественную смерть?»

Врач: «Лечение (химиотерапия, радиотерапия) оказалось неэффективным». Возможная интерпретация пациентом: личная неудача: «Я разочаровал врача».

Альтернативная фраза: «Рак не реагирует на лечение в той степени, как мы этого ожидали. Как Вы себя чувствуете?»

Врач: «Я считаю, что Вам нужно подумать о хосписе». Возможная интерпретация пациентом: отчаяние и безнадежность: «Я скоро умру».

Альтернативная фраза: «Я хочу предложить Вам интенсивную, хорошо скоординированную помощь команды профессионалов, которая будет направлена на уменьшение симптомов и улучшение Вашего самочувствия».

В заключение мы хотели бы привести одну очень поучительную историю, рассказанную в журнале австралийских семейных врачей [4]. Староста церкви шел навестить тяжело больного прихожанина. На пороге дома его встретила жена больного со словами: «Мой муж умирает, но он этого не знает, и я прошу Вас не говорить ему об этом». Староста вошел в комнату к умирающему пациенту и услышал от него: «Я умираю, но моя жена не знает об этом, и я прошу Вас не говорить ей». Двое пожилых людей, проживших долгую совместную жизнь и любящих друг друга, обменялись один другого и в результате были лишены возможности в последний раз поговорить о самых важных вещах, поддержать друг друга.

Мы верим, что беседа с умирающим пациентом и членами его семьи, своевременно начатая и корректно проведенная врачом, позволит облегчить ему последние часы жизни и избавит его близких от чувства вины за то, что они не смогли помочь ему достойно встретить неизбежное и не сказали умирающему какие-то очень важные слова.

Литература

1. Лазебник Л.Б. Деонтология в гериатрии // Врач. – 2005; 1: 4–6.
2. Balaban R. A physician's guide to talking about end-of-life care // J. Gen. Intern. Med. – 2000; 15: 195–200.
3. Ellershaw J., Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life // BMJ. – 2003; 326 (4): 30–34.
4. Esslemont I. Dying // Australian Family Physician. – 2002; 31 (11).
5. Huffman G., Discussing M. End-of-Life Care with Patients and Their Families // Am. Fam. Physicians. – 2002; 15.
6. Ngo-Metzger Q., August K., Srinivasan M. et al. End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication // Am. Fam. Physician. – 2008; 77 (2): 167–174.

COMMUNICATIVE SKILLS. CONTACT WITH A DYING PATIENT

Professor, Academician of the Russian Academy of Medical Sciences, I. Denisov, MD; A. Reze, Candidate of Medical Sciences; A. Volnukhin, Candidate of Medical Sciences;

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

To give care to a dying patient is one of the most difficult ordeals of a physician's professionalism. In these situations, an effective physician-patient dialogue will substantially reduce the volume of unnecessary interventions, protect the emotional sphere of a patient, his/her family members, and his/her attending physician, and ease their moral sufferings.

Key words: dying patient, communicative skills, physician-patient interaction.