

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ. ОБЩЕНИЕ С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ УМИРАЮЩЕГО ПАЦИЕНТА

И. Денисов, академик РАМН, профессор,

А. Резе, кандидат медицинских наук,

А. Волнухин, кандидат медицинских наук

1 МГМУ им. И.М. Сеченова

E-mail: rese@mail.ru

Описаны эффективные способы общения врача с членами семьи умирающего пациента, находящегося в бессознательном состоянии или недееспособного по другим причинам. Целью такого общения является выработка плана медицинской помощи, максимально соответствующего ценностям ориентирам пациента.

Ключевые слова: коммуникативные навыки, взаимоотношения врач-больной, умирающий пациент, общение с членами семьи пациента.

В предыдущих статьях («Врач» — 2010; № 11, 12) приводились рекомендации, призванные облегчить общение врача с умирающим пациентом. Одной из рекомендаций было выяснить пожелания пациента о видах и объеме медицинской помощи, которую он хотел бы получить. Кроме того, до наступления декомпенсации нужно узнать, кого из членов семьи или из окружающих умирающий пациент хотел бы видеть в роли доверенного лица, уполномоченного им принимать решение о прекращении медицинской помощи. Но, к сожалению, довольно часто события развиваются так, что у пациента не бывает возможности выразить свое мнение по этим вопросам.

Если умирающий находится в бессознательном состоянии или по другим причинам лишен возможности выразить свою волю, решение о целях медицинского обслуживания и условиях его прекращения необходимо принимать родственникам, и задача лечащего врача пациента — помочь в этом семье [4].

Цель такого общения — выработка плана медицинской помощи, максимально соответствующего ценностям ориентирам пациента. При этом недооценка тех или иных факторов может обусловить решения, противоречащие моральным ценностям и предпочтениям умирающего, и стать причиной моральных страданий всех, кто участвовал в формировании плана медицинской помощи близкому человеку, находящемуся в беспомощном состоянии.

Чтобы помощь членам семьи умирающего в принятии ими подобных решений была эффективной, врач должен быть знаком с рядом принципиальных положений.

Иерархия ответственности. В некоторых странах существует законодательно закреплённая последовательность лиц, имеющих право принимать решение о медицинском обслуживании умирающего недееспособного пациента. Обычно эта последовательность такова: супруг, взрослые дети, родители. Чтобы ее изменить, нужно согласованное мнение членов семьи.

Обычно члены семьи пытаются расширить круг ответственных лиц. Врач должен объяснить смысл понятия «иерархия ответственности» и предложить выбрать одного человека, уполномоченного всеми принимать принципиальные решения. Врач может попросить выбрать того, кому остальные доверяют принятие «окончательного решения», мотивируя это тем, что часто бывает необходимо экстренное решение, когда нет времени совещаться со всеми остальными членами семьи.

Решение от лица пациента. Все члены семьи, участвующие в выработке плана медицинской помощи, должны четко понимать разницу между решениями, принятыми *от лица пациента* и *во благо пациента*. В первом случае речь идет о решении, которое принял бы сам пациент, если бы был полностью дееспособным [2]. Во втором случае решение принимают члены семьи с учетом собственных предпочтений. Чтобы принять решение от лица пациента, необходимо поставить себя на его место и мыслить его ценностными категориями. Об этом нужно постоянно напоминать членам семьи и подчеркивать, что это решение не обязательно должно быть таким же, какое они предпочли бы для себя лично. Если семья пытается принять решение, максимально приближенное к предполагаемому решению пациента, то чувство вины, почти неизбежно возникающее вследствие принятия такого рода суррогатных решений, окажется минимальным или даже будет отсутствовать [1].

Клиническая ситуация и прогноз. Для принятия решения, адекватного существующему состоянию пациента, все заинтересованные лица должны располагать максимально подробной информацией о тяжести состояния больного и его прогнозе. В начале обсуждения необходимо определить правильность представлений членов семьи о тяжести состояния пациента и степень осознания ими прогноза. Можно предложить членам семьи описать их предположения относительно ближайших медицинских перспектив пациента. Врач должен быть готов оказать эмоциональную поддержку членам семьи, впервые произносящим вслух предположение о неизбежной скорой смерти близкого им человека.

Если представление членов семьи о клинической ситуации значительно расходится с мнением врача, сформировать план ведения пациента, соответствующий его состоянию, не удастся. Если семья не сможет выработать план медицинских мероприятий, врач должен недвусмысленно констатировать, что помощь пациенту будет осуществляться в соответствии с общепринятыми нормами (например, будет обязательно проводиться полная сердечно-легочная реанимация). Врач должен предложить повторную встречу с членами семьи после проведения дополнительных обследований, консультаций экспертов, привлечения священника и других влияющих на принятие решения лиц.

Выбор решений. В недалеком прошлом диапазон решений об умирающем пациенте обычно был ограничен выбором между согласием или отказом от сердечно-легочной реанимации. В настоящее время диапазон возможных с точки зрения медицинской науки и этики решений значительно шире. В их перечень входят отказ от госпитализации; выбор — проводить или нет парентеральное питание [3] и регидратацию; начинать или нет определенные виды медицинского вмешательства (например, антибактериальную терапию); прекращение поддерживающего жизнь

лечения (зондовое питание, внутривенное введение жидкостей, искусственная вентиляция легких, гемодиализ); обеспечение достаточной для контроля боли анальгетической терапии, даже если такая терапия непреднамеренно сокращает продолжительность жизни; седация в терминальной фазе [5].

Формирование плана медицинского обслуживания исходя из списка доступных процедур или с учетом ценностных предпочтений пациента. При отсутствии подробных инструкций, составленных самим пациентом, можно использовать 2 альтернативных подхода к выяснению возможных пожеланий пациента относительно медицинской помощи в критическом состоянии: процедурные и ценностные указания. Указания, касающиеся процедур, определяют, какие процедуры или вмешательства должны использоваться или отклоняться в различных ситуациях. Врач должен попытаться определить, какие указания сделал бы пациент, если бы смог. Подход на основе изучения ценностных предпочтений пациента должен начинаться со сбора информации о его отношении к качеству жизни, бессмертию, о надеждах на возможности медицины. Затем с учетом полученной информации нужно попытаться определить предпочтительные подходы пациента к различным ситуациям. Если пациент никогда не обсуждал с врачом оказание помощи в терминальной стадии, реконструкция его ценностных ориентиров — единственный способ максимально приблизиться к пониманию его предпочтений в этом вопросе. Семья в большинстве случаев в состоянии предоставить информацию о высказываниях, поведении и отношении пациента к различным вопросам, что позволяет воссоздать адекватный ценностный анамнез, помогающий определить подходящую стратегию дальнейшей помощи.

Поддерживающая терапия или лечение, продлевающее жизнь. В процессе принятия членами семьи решения о проведении тех или иных процедур и выяснении личных ценностных установок пациента необходимо также сделать выбор между медицинской помощью, ориентированной на поддерживающую терапию с целью обеспечения максимального комфорта и сохранения чувства собственного достоинства пациента, и помощью, максимально ориентированной на диагностические терапевтические мероприятия, главной целью которых является поддержание жизни любой ценой. Многие понимают, что эти цели актуальны на разных этапах болезни, а при приближении смерти часто становятся взаимоисключающими. Обсуждение данного выбора поможет членам семьи в процессе реконструкции ценностных ориентиров пациента. Когда прогноз неясен или члены семьи не в состоянии принять неизбежность близкой смерти пациента, приемлем компромисс: решение о проведении пробной терапии с предварительным обсуждением критериев, при которых будет осуществлен переход на поддерживающую терапию.

Соблюдение законодательных норм. Обсуждая с членами семьи план ухода за умирающим пациентом, врач должен знать, какие из возможных решений не противоречат действующему законодательству. Практически во всех европейских странах и в большинстве штатов США законодательство поддерживает план медицинского обслуживания, выработанный членами семьи совместно с лечащим врачом на основании медицинского прогноза и ценностных предпочтений пациента. В Российской Федерации врач должен

хорошо представлять себе возможные последствия интерпретации федерального законодательства местными судебными органами, поэтому необходимо проконсультироваться с юристом, имеющим опыт ведения аналогичных дел в местных судах.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ КОНСТРУКТИВНОГО ОБСУЖДЕНИЯ

Этапы обсуждения

1. Выберите помещение, где каждый член семьи мог бы удобно расположиться. Если пациент не в состоянии принять участие в обсуждении, нет необходимости вести разговор, толпясь вокруг его кровати.

2. Если существует легитимный документ с подробными указаниями пациента о том, какую форму медицинского вмешательства он предпочитает получить в случае своей недееспособности, необходимо информировать членов семьи о содержании этого документа и стараться максимально пунктуально выполнить выраженную в нем волю пациента.

3. Если подобного документа не существует, необходимо установить, к кому обращаться для принятия решений. Выясните, все ли ключевые члены семьи присутствуют при обсуждении. Постарайтесь, чтобы тот, кто знает пациента лучше, играл центральную роль в принятии решений.

4. Сядьте и попытайтесь установить контакт с каждым присутствующим членом семьи. Кем приходится пациенту каждый участник обсуждения? В каких он отношениях с пациентом, как оценивает текущее его состояние? Предоставьте возможность высказаться всем членам семьи. Сначала дайте слово самому молодому из участников, что позволит врачу понаблюдать отношение членов семьи друг к другу и к пациенту, прежде чем начать обсуждение насущных вопросов.

5. Объясните разницу между решением *от лица пациента* и решением *в интересах пациента*.

6. Попытайтесь достичь полного взаимопонимания относительно клинической ситуации, в которой находится пациент, и особенно относительно прогноза его заболевания.

7. Выясните, не высказывал ли пациент ранее свои ценностные предпочтения, касающиеся собственной смерти, и если такое обсуждение было, повторите основные принципы принятия решения *от имени пациента*. Если специальных распоряжений не было, попытайтесь восстановить ценностные предпочтения, как минимум касающиеся выбора между выживанием и сохранением чувства собственного достоинства при спокойном состоянии.

8. Активно участвуйте в обсуждении. Делитесь своим пониманием значения слов и поступков пациента. Используйте эти высказывания и рекомендации для укрепления мнения семьи или для обеспечения профессионального контроля за принятием решений семьей. Если ваши рекомендации отличаются от мнения семьи, попытайтесь найти объяснение различиям.

9. После обсуждения заново сформулируйте ценностные установки, максимально отражающие высказанные пациентом или приписываемые ему жизненные ценности. Врач должен избегать интерпретации высказываний пациента вне контекста. Так, если, по воспоминаниям членов семьи, пациент не хотел, чтобы ему проводилась искусс-

венная вентиляция легких (ИВЛ), подобные пожелания можно интерпретировать только с учетом конкретной ситуации (например, речь могла идти о постоянной ИВЛ после массивного кровоизлияния в мозг). Данное указание пациента не может применяться в других ситуациях, требующих проведения ИВЛ.

10. В зависимости от обстановки обсудите технические подробности процедур. Некоторые врачи ограничиваются предостережением уважать независимость пациента и не злоупотреблять «волевыми решениями», но избегают давать конкретные рекомендации. Однако когда необходимо принять решение об умирающем родственнике, часто людям нужен клинический совет своего врача, и чем в большей степени врачебные рекомендации будут основываться на информации о предпочтениях пациента, тем более полезными они будут.

11. В зависимости от принятого членами семьи от имени пациента решения опишите действия, которые будут (или не будут) выполняться. Особенно если принято решение отказаться от агрессивного вмешательства, гарантируйте семье максимальное внимание по отношению к спокойному состоянию и личному достоинству пациента. Добейтесь вербального подтверждения того, что все члены семьи понимают вас и согласны с вами.

12. На протяжении беседы у врача обычно возникает множество возможностей поддержать членов семьи деликатным отношением к их эмоциям и чувствам. Своей линией поведения он должен подтвердить то, чего от него ожидают родственники пациента: их эмоциональные проявления воспринимаются врачом как естественные, адекватные и вполне ожидаемые. Чтобы лучше понять истинные проблемы испытывающего эмоции человека («Это так страшно!») вместо ответа врача: «Я Вас понимаю», более эффективными были бы такие слова: «Я понимаю как Вам трудно, но что Вас лично больше всего пугает в этой ситуации?»

Принципиальные моменты в обсуждении

1. Достижение единого мнения в оценке прогноза. Однозначно убедитесь в том, что представление семьи о прогнозе полностью соответствует вашему представлению о нем. Если это не так, выясните мешающие факторы и постарайтесь их устранить.

2. Поиск с членами семьи решения, которое бы принял пациент, если бы был дееспособен. То есть следуйте принципу: обсуждайте «как решать» прежде, чем «что решать».

3. Объективная формулировка достоинств стратегии выживания и стратегии максимального удобства при умирании. В конце жизни этот фундаментальный выбор может помочь выбрать цели медицинского обслуживания.

4. Обсуждение всех возможностей, а не только реанимационных мероприятий. Обсудите положительные и отрицательные стороны госпитализации, медицинского вмешательства, искусственного питания и гидратации.

5. Выяснение ценностных установок пациента по сказанному им и его поведению ранее. Удостоверьтесь в том, что утверждения пациента интерпретируются с учетом контекста, в котором они были произнесены.

6. Предложение ваших рекомендаций, полностью основанных на ценностных предпочтениях пациента.

7. Помощь членам семьи в выражении испытываемых ими чувств — каждый из членов семьи тяжело переживает происходящее, но у каждого есть свой уникальный повод для горя.

Основная тяжесть формирования плана ухода за умирающим пациентом, находящимся в недееспособном состоянии, ложится на плечи врача, наблюдающего этого пациента. Опыт врача при обсуждении вопросов ухода за умирающим пациентом может быть тем полезнее, чем обстоятельнее обсуждение, члены семьи обычно очень нуждаются во вдумчивом, содержательном обсуждении плана ухода за умирающим родственником.

Бывают ситуации, когда у членов семьи складывается диаметрально противоположное мнение о том, как необходимо поступить. Если обсуждение зашло в тупик из-за внутрисемейного конфликта или нерешенных эмоциональных проблем, полезным может оказаться привлечение консультантов (например, священника или врача службы, оказывающей паллиативный уход).

Рекомендуемая в этой статье стратегия поведения врача обычно приводит к результатам, удовлетворяющим все стороны. И, как следствие, при сохранении независимости умирающего пациента ему оказывается эффективная медицинская помощь [6]. Использование доступных ресурсов для обеспечения удобства и сохранения чувства собственного достоинства умирающего пациента обычно позволяет оказывать помощь более высокого качества, чем при использовании высоких медицинских технологий в безуспешной борьбе за его выживание [7].

Литература

1. Areen J. The legal status of consent obtained from families of adult patients to withhold or withdraw treatment // JAMA. – 1987; 258: 229–235.
2. Emanuel E. A review of the ethical and legal aspects of terminating medical care // Am. J. Med. 1988; 84: 291–301.
3. Gillick M. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia // N. Engl. J. Med. – 2000; 342: 206–210.
4. Lang F., Quill T. Making Decisions with Families at the End of Life // American Family Physician. – 2004; 70 (4): 719–723.
5. Quill T., Byock I. Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids // Ann. Intern. Med. – 2000; 132: 408–414.
6. Singer P., Lowy F. Rationing, patient preferences, and cost of care at the end of life // Arch. Intern. Med. – 1992; 152: 478–480.
7. Schulz R., Mendelsohn A., Haley W. et al. End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia // N. Engl. J. Med. – 2003; 349: 1936–1942.

COMMUNICATION SKILLS. COMMUNICATION WITH THE FAMILY MEMBERS OF A DYING PATIENT

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

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper describes the effective means of communication with the family members of a dying patient who is unconscious or incapable for other reasons. The purpose of this communication is to elaborate a medical care plan that maximally corresponds to the whole sense of values of the patient.

Key words: communication skills, physician-patient relationships, dying patient, communication with the patient's family members.