

ОТ ДИАЛОГА – К ДОВЕРИЮ

краткое руководство по общению с пациентами



Буклет подготовлен Общественным фондом "Вместе против рака" и
ОЮЛ "Казахстанская ассоциация паллиативной помощи"
при спонсорской поддержке ТОО «Эсте Лаудер Казахстан»
в рамках благотворительного проекта «Розовая ленточка - Қызғылт таспа – Pink Ribbon»

Алматы, 2025 г.

Врачебное мастерство – это не только медицинские знания, диагнозы и современные технологии. Это ещё и умение быть с человеком в самый уязвимый момент его жизни: когда он слышит страшный диагноз, когда не может принять решение, когда сталкивается с болью, страхом и утратой контроля, когда прощается с надеждой на выздоровление. Именно тогда слово врача – его тон, выражение лица, пауза между фразами – приобретают особую силу.

Онкология и паллиативная помощь – те области медицины, где особенно важно не только что мы говорим, но и как. Умение выстраивать честные, доверительные и уважительные отношения с пациентом и его семьёй — не просто «дополнительный навык», а жизненно важная часть работы врача.

Эта книга – попытка честно и доступно поговорить о сложных коммуникациях в медицине. Здесь нет «волшебных фраз» или универсальных рецептов, но есть проверенные подходы, основанные на научных данных, опыте практикующих врачей и человечности.

Мы расскажем о том, как:

- говорить о диагнозе и прогнозе, не теряя эмпатии;
- поддерживать пациента, когда медицина уже не может предложить излечение;
- быть честным и при этом сохранять пространство для надежды;
- работать с тяжёлыми эмоциями – как пациента, так и своими собственными;
- строить партнёрство с родственниками;
- поддерживать себя, не выгорая.

Коммуникация – это клинический навык. Его можно развить. Он требует внимания, практики и уважения к себе и другим. Но главное – он требует человеческого присутствия.

Несмотря на то, что значительная часть рабочего времени медицинского работника уходит на общение с пациентами, обучению этому навыку уделяется очень мало внимания. Мы надеемся, что этот буклет станет для вас надёжным помощником. Он не заменяет тренингов, но служит опорой в трудных разговорах с пациентами и родственниками.

О составителях:

Алуа Исламчаевна Миралеева – кандидат медицинских наук, руководитель кафедры психологии НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова»

Гульнара Жайлигалиевна Кунирова – психолог, исполнительный директор ОФ «Вместе против рака», президент ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», член Совета директоров Международной ассоциации хосписной и паллиативной помощи IANPC

СОДЕРЖАНИЕ

Вступление. О ВАЖНОСТИ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА.

Глава 1. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С ПАЦИЕНТОМ. АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ. ЭМПАТИЯ. АЛГОРИТМ NURSE.

Глава 2. СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ. ПРОТОКОЛ SPIKES.

Глава 3. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ.

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПРОГНОЗА.

Глава 5. ОБЩЕНИЕ С СЕМЬЁЙ ПАЦИЕНТА. СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. ТРУДНЫЕ РАЗГОВОРЫ. ПРОТОКОЛ VALUE.

Глава 6. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ В ОНКОЛОГИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ. РАЗГОВОР О СМЕРТИ.

Глава 7. ПРИМЕРЫ ПРАВИЛЬНЫХ И НЕПРАВИЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ С ПАЦИЕНТОМ.

Вместо заключения. КАК ПОЗАБОТИТЬСЯ О СЕБЕ?

Вступление.**О ВАЖНОСТИ КОММУНИКАЦИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА****Общение с пациентом – дополнительная опция или необходимость?**

Недостаток навыка общения с пациентом может привести к серьезным последствиям. Для пациента это может быть непонимание диагноза и прогноза, выражающихся в нереалистичных ожиданиях или отказе от помощи, а невыраженные боль или страх – к снижению доверия к врачам.

Недостаток навыка общения врача с пациентом может иметь серьезные последствия. Для пациента это проявляется в непонимании диагноза и прогноза, что порой приводит к нереалистичным ожиданиям или отказу от необходимой помощи. Невыраженные боль и страх снижают доверие к врачам. Для семьи это может обернуться конфликтами из-за разного восприятия ситуации и чувства вины («мы могли сделать больше») или гневом («врачи ничего не объяснили»). Врачи же сталкиваются с риском эмоционального выгорания, конфликтов с пациентами и их родственниками, жалоб и даже юридической ответственности в случае, если пациент считает, что его «недоинформировали».

Пример из практики:

Пациентка с терминальной стадией рака отказалась от симптоматической терапии, опасаясь побочных эффектов химиотерапии. Как выяснилось в ходе беседы, ранее врач сказал ей лишь: «Лечение бесполезно», не объяснив, что существует паллиативная помощь, направленная на облегчение боли и других симптомов (тошнота, депрессия, бессонница и др.). В результате несколько месяцев пациентка страдала от неконтролируемой боли, хотя могла получать эффективное облегчение страданий.

Именно поэтому навык общения – не опция, а часть безопасности и качества медицинской помощи. Честный и уважительный диалог снижает тревожность, укрепляет доверие и позволяет пациенту принимать более осознанные решения. А врачу – чувствовать уверенность в своих действиях и быть защищённым.

Почему навыки общения нужно осваивать — а не надеяться, что они придут сами?

Существует распространённый миф, что хороший врач или медсестра автоматически умеют общаться с пациентами. На деле способность вести трудные разговоры – это полноценный профессиональный навык, подобно назначению терапии или ведению истории болезни. Он формируется через сочетание трёх ключевых компонентов:

1. Знание проверенных протоколов, например, SPIKES — для донесения плохих новостей, NURSE — для выражения эмпатии и поддержки или VALUE — при взаимодействии с семьей пациента;
2. Практическая отработка навыков — ролевые тренинги, разбор сложных случаев, получение конструктивной обратной связи;
3. Эмоциональная готовность, т.е. умение осознавать и управлять собственными чувствами: страхом, беспомощностью, гневом или грустью.

Освоение этих элементов позволяет специалисту не только эффективно информировать пациента и его семью, но и сохранять профессиональное равновесие, предотвращая выгорание и конфликтные ситуации.

Исследования показывают, что обучение навыкам коммуникации:

- снижает уровень тревожности и страданий у пациентов,
- снижает эмоциональную нагрузку на медперсонал,
- повышает удовлетворенность семьи,
- придает врачу уверенность в своих действиях,
- улучшает качество помощи в целом.

Глава 1. ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА С ПАЦИЕНТОМ. АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ. ЭМПАТИЯ. АЛГОРИТМ NURSE.

Общение никогда не может быть нейтральным: оно бывает либо эффективным, либо безрезультатным, снимает стресс или вызывает его.

Любые отношения медицинского работника и пациента начинаются со знакомства. При знакомстве с пациентом необходимо следовать следующей схеме:

- представиться,
- узнать, как зовут пациента,
- позаботиться о комфорте пациента.

— Здравствуйте, меня зовут Гульнара Куанышевна, я Ваш лечащий врач.

Как мне к Вам обращаться?

— Здравствуйте, Сауле Ахатовна.

— Садитесь, Сауле Ахатовна. Вам удобно?

Если вы уже знакомы с пациентом, то при его визите Вам следует сделать акцент на том, что между вами уже существуют отношения:

— Рада Вас видеть, Сауле Ахатовна. Проходите! Вы сегодня выглядите гораздо лучше.

Что означает активное слушание?

I. Активное невербальное слушание:

- поддержание глазного контакта;
- ведение беседы спокойным голосом, с доброжелательной интонацией;
- соблюдение личной дистанции (на расстоянии вытянутой руки);
- устранение возможных барьеров (стол, компьютер, лампа, ваза);
- применение открытых жестов: раскрытые ладони, не скрещивание ног и рук;
- использование доброжелательной, поддерживающей мимики.

II. Активное вербальное слушание:

1. Паузы. Дайте пациенту время, чтобы вспомнить события и выразить чувства. Исследования показывают: если врач молчит около 90 секунд, пациент может рассказать до 80% всей важной информации.
2. Поощрение продолжения разговора. Поддерживающие фразы и звуки:

«Угу...», «Ага...», «Да...», «Это интересно...», «Понятно...» помогают пациенту раскрыться.

3. Уточнение. Просите пациента разъяснить детали, дать более точные объяснения, если что-то осталось непонятным. Для этого мы задаем открытые, закрытые или альтернативные вопросы. В начале беседы задавайте открытые вопросы, это позволит получить больше информации. Закрытые и альтернативные вопросы задаем для уточнения полученной информации.

Открытые вопросы должны быть сформулированы так, чтобы собеседнику хотелось на них отвечать. Эти вопросы предполагают развернутый ответ.

Начинайте вопрос со слов:

Что...? Как...? Почему...? Каким образом...? При каких условиях...?

Используйте фразы:

«Чем я могу вам помочь?» «Расскажите, что с вами случилось?»

Закрытые вопросы предполагают однозначный ответ (например, сообщение точной даты, названия, указания на количество чего-либо) или ответ «да» или «нет»:

«Сколько вам лет?», «Вы уже получили лекарства?»

Альтернативные вопросы — это разновидность закрытого вопроса, в формулировке которых содержатся варианты ответов:

«Боль у Вас появляется днем или ночью?», «Боль постоянная или приступообразная?»

4. Повтор – дословное повторение слов собеседника. Например:

- Боль усиливается после еды

- После еды?

5. Пересказ (парафраз) – повторение мысли говорящего своими словами:

«Как я Вас понял...», «Другими словами...»

6. Обобщение, подведение итогов, резюмирование:

«Итак, в целом вы сказали...», «В нашей беседе мы пришли к тому, что...»

Помимо выявления проблемы и представлений пациента (что он думает о своей болезни, с чем связывает начало заболевания), обязательно обсудите ожидания пациента (что он ждет от встречи с Вами). Это позволит расставить приоритеты в лечении и уходе, заложить основы дружественных отношений.

Что такое эмпатия?

И пациент, и врач являются живыми людьми. Нередко они встречаются в довольно сложных обстоятельствах, поэтому наличие эмоций и у врача, и у пациента вполне объяснимо. Исследования показывают, что если эмоциям уделять должное внимание, осознавать их присутствие, то процесс общения от этого только выиграет: партнёрские отношения между врачом и пациентом укрепляются, обеим сторонам становится более комфортно.

Эмпатия – это понимание эмоционального состояния другого человека и учёт его при общении с ним. Понимать эмоциональное состояние — это не значит испытывать те же самые эмоции. Если вы не испытываете те же самые эмоции, что и пациент – это не значит, что у вас нет эмпатии.

Что важно знать про эмпатию?

Пациенты замечают и высоко ценят эмпатию врача, а отсутствие эмпатии задевает, ранит, и ведёт к утрате доверия к этому врачу.

Эмпатию можно выражать вербально и невербально.

Невербальная эмпатия проявляется через:

- Позу («отзеркаливание» позы пациента, использование открытых жестов);
- Мимику (покажите вовлеченность выражением лица);
- Громкость голоса (говорите тише);
- Глазной контакт (поддерживайте глазной контакт 2/3 времени общения с пациентом);
- Интонации (используйте ровный и сочувственный тон, когда разговариваете с обеспокоенным пациентом);
- Дистанцию (не нарушайте личную дистанцию (45-120 см.);
- Прикосновения (чтобы выразить сочувствие, можно взять пациента за руку).

Когда врач невербально демонстрирует понимание эмоционального состояния пациента, пациент чувствует поддержку со стороны врача, таким образом укрепляется доверие и партнерство.

Вербальная эмпатия выражается в том, что врач замечает и признает чувства пациента, проговаривая это: «Вы, кажется, расстроены...», «Понимаю, это было тяжело...».

Не секрет, что зачастую медработники испытывают трудности с выражением эмпатии. Чтобы облегчить эту задачу, была разработана мнемотехника **NURSE** (от англ. сиделка, ухаживать) — специальный алгоритм, используя который врач или медсестра могут конструктивно выражать сочувствие и поддержку пациенту.

Во время консультации врач выявляет опасения пациента. Например, пациент выражает опасение: «Мне страшно, что боль станет невыносимой». Вместо того, чтобы сказать привычное: «Не переживайте», тем самым обесценив эмоции пациента, необходимо применить алгоритм NURSE.

Алгоритм NURSE — это пошаговый протокол для выражения эмпатии при общении с пациентом. Каждая буква аббревиатуры обозначает шаг.

Простыми словами, NURSE помогает медработнику признавать эмоции пациента, поддерживать его и вовлекать в диалог, не давая почувствовать себя «непонятым» или обесцененным.

Этап	Название этапа	Действие врача	Пример фразы
N	Name — назовите эмоцию пациента	Распознайте и обозначьте эмоцию, испытываемую пациентом.	«Вы говорите, что боитесь...», «Вы выглядите подавленным», «Мне кажется, вы испытываете сильный страх перед болью»
U	Understand — покажите понимание	Покажите, что Вы понимаете чувства пациента. Повторите его страх или примените парافраз.	«Я понимаю, что это действительно пугает – не знать, насколько сильной может быть боль.»
R	Respect — выразите уважение	Отметьте мужество и искренность пациента. Похвалите пациента.	«Вы смело говорите о том, что чувствуете. Это очень важно и заслуживает уважения.»
S	Support — предложите поддержку	Убедите, что пациент не один, и помощь возможна. Что вы сделаете, чтобы уменьшить страх пациента?	«Я с Вами, и мы сделаем всё, чтобы боль была под контролем. У нас есть способы помочь Вам.», «Мы рядом и поможем вам»
E	Explore – исследуйте чувства пациента	Уточните детали, чтобы понять страх глубже.	«Расскажите, пожалуйста, что именно пугает Вас в возможной боли? Вы уже сталкивались с этим раньше?»

Глава 2. СООБЩЕНИЕ ПЛОХИХ НОВОСТЕЙ. ПРОТОКОЛ SPIKES.

«Плохие новости» — это любая информация, которая может существенно изменить представление человека о своем будущем в худшую сторону, другими словами, разделить жизнь пациента на «до» и «после».

В медицинской практике врач очень часто сталкивается с необходимостью сообщить пациенту или его близким новости, которые могут кардинально изменить их жизнь: диагноз неизлечимого заболевания, неблагоприятный прогноз, неэффективность лечения, отказ от специализированного лечения, осложнения после операции или смерть близкого человека.

Правильное сообщение таких новостей требует специальных навыков: умения объяснять сложное, управлять эмоциями пациента, поддерживать доверие и не навредить психологическому состоянию.

Должны ли мы сообщать о диагнозе пациенту? Каждый случай индивидуален, но появляется все больше свидетельств того, что пациенты хотели бы знать о своем заболевании. Пациенты имеют право знать о своем заболевании, потому что:

- это позволяет пациентам и их семьям планировать свои действия;
- знание правды позволяет пациентам справляться с болезнью;
- уменьшается неопределенность, которая может быть мучительной;
- это позволяет избежать ложной надежды;
- это укрепляет доверие между пациентом и врачом.

Умение сообщать плохие новости — важный аспект коммуникации, он требует специального навыка и умения реагировать на эмоциональную реакцию пациента.

Существует много протоколов сообщения плохих новостей (SPIKES, BREAKS, ABCD, CONNECT). Все они имеют схожую структуру: обязательно включают этап подготовки перед тем, как сообщить важное сообщение, определение потребностей пациента, предоставление правильной информации, проявление эмпатии, обсуждение плана лечения. В результате улучшается культура общения между врачом и пациентом в сложных ситуациях.

Остановимся на **протоколе SPIKES** (Baile et al., 2000) — это шестишаговый протокол для сообщения плохих новостей пациенту. Каждая буква аббревиатуры обозначает шаг.

Цель протокола — передать трудные новости максимально деликатно, сохраняя доверие и поддерживая пациента.

Название этапа	Цель	Действия	Пример фразы
S – Setting up Подготовка к встрече	Обеспечить комфортные условия: уединение, тишина, настрой	1) Соберите всю возможную информацию о пациенте и его семье. 2) Получите подробную информацию (диагноз, история болезни, результаты исследований, план лечения и прогноз). 3) Обеспечьте конфиденциальность и комфорт пациента. Попросите коллег не беспокоить Вас, поставьте телефон на беззвучный режим. 4) Приготовьте салфетки и воду. 5) Узнайте, желает ли пациент, чтобы с ним кто-то был рядом. 6) Выделите достаточно времени для обсуждения.	«Давайте пройдем в мой кабинет, где нас не побеспокоят»; «Давайте присядем, я хочу поговорить с вами лично, в спокойной обстановке»
P – Perception Восприятие пациентом своей ситуации	Выяснить, что пациент уже знает о своей болезни	Задайте несколько вопросов, чтобы убедиться, что Вы получили достаточно информации для оценки понимания пациентом своего состояния.	«Что Вы уже знаете о своих анализах/результатах обследования?»; «Вы знаете, для чего мы проводили это исследование?»

Название этапа	Цель	Действия	Пример фразы
I – Invitation Приглашение (получение согласия пациента на получение информации)	Уточнить, хочет ли пациент знать подробности о себе, своей болезни	1) «Пригласите» пациента получить информацию. 2) Если пациент не желает больше ничего знать, процедура следует завершить. Помните, что пациент имеет право не знать, и это желание нужно уважать. Однако, ему нужно сказать, что он в любое время может прийти для дальнейшего обсуждения этого вопроса. 3) Если пациент хочет знать все, то задаем еще 2 вопроса.	«Мы получили результаты вашего обследования. Вы хотите их знать?»; «Вы бы хотели, чтобы я поделился с вами всеми результатами прямо сейчас?»; «Вы хотите знать информацию полностью или частично?»; «Вы хотите знать сами, или, может быть, мне поговорить с Вашим родственником?»
K – Knowledge Информирование (изложение информации)	Передать информацию честно, деликатно, небольшими порциями	1) Начинаем этот этап обязательно с эмпатической фразы. 2) Правило 10 секунд. После первой порции информации делаем паузу 10 секунд для осмысления информации пациентом. 3) Избегаем медицинской терминологии. 4) После каждой порции информации проверяем понимание.	«К сожалению, результаты исследования показывают, что болезнь прогрессирует...»; «Вы поняли? Можно мне продолжить?»

Название этапа	Цель	Действия	Пример фразы
E - Emotions & Empathy Признание эмоций и эмпатия	Реагировать с эмпатией на эмоциональную реакцию пациента	Поощряйте пациента говорить, активно слушая и проявляя эмпатию. Позвольте ему делать паузы или задавать вопросы. Признавайте эмоции гнева, горя, отрицания, если они выражены. Проявляйте эмпатию.	«Я вижу, как вам тяжело это слышать...»; «Я бы предпочел сообщить Вам другие новости»
S - Strategy and Summary Подведение итогов и планирование дальнейших шагов	Обсудить дальнейшие шаги, дать надежду, обозначить поддержку	1) Составьте план текущего ухода и поддержки вместе с пациентом, если пациент готов к обсуждению. 2) Еще раз подытожьте ключевые моменты, определите любую группу поддержки, которая может быть полезна, и составьте конкретные планы на будущее. 3) Попросите повторить, чтобы убедиться, что Вас поняли правильно. 4) Уточните, нужно ли прояснить какие-либо моменты.	«Мы будем рядом и поможем вам на каждом этапе»; «Давайте обсудим, что делать дальше»; «Повторите, что Вы будете делать, чтобы я убедился, что вы все поняли правильно»; «Есть ли еще какие-то моменты, которые я могу разъяснить подробнее?»

Глава 3. ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ.

Пациент-ориентированный подход — это философия и практика оказания помощи, при которой в центре внимания находится личность пациента, его желания, цели и ценности.

В отличие от распространенного ранее патерналистского (доктор-ориентированного) подхода, когда доктор являлся основной фигурой в медицинской коммуникации, а главным результатом было донесение врачом информации, без ее обсуждения с пациентом, главной целью пациенто-ориентированного подхода является построение доверительных отношений и совместное принятие решений.

Основные принципы пациент-ориентированного подхода:

- учет личных потребностей и предпочтений пациента;
- открытое и доверительное общение;
- целостное восприятие личности пациента, т.е. единство его физического, эмоционального, духовного и социального статуса;
- сотрудничество с семьей.

Почему пациент-ориентированность важна?

1. Улучшается качество жизни пациента, даже если лечение несостоятельно.
2. Помогает пациенту сохранять контроль над своим состоянием, эмоциями.
3. Возникает солидарная ответственность врача и пациента.

Совместное принятие решений (shared decision making) — это процесс, в котором врач и пациент (а также, при необходимости, его семья) вместе обсуждают доступные варианты лечения и принимают решения, соответствующие ценностям и приоритетам пациента.

Основные шаги:

1. Объяснение ситуации и вариантов лечения.
2. Выявление ожиданий и страхов пациента.
3. Совместное обсуждение рисков и преимуществ.
4. Принятие обоснованного, совместного решения.

Почему совместное принятие решений важно?

1. Проявляется уважение к автономии пациента.
2. Повышается удовлетворенность качеством помощи.
3. Снижается моральная нагрузка на врачей и родственников.

Алгоритм коммуникации с пациентом с целью совместного принятия решений приведен в таблице ниже.

Шаг	Коммуникативные стратегии	Коммуникативные задачи	Коммуникативные приемы	Примерные фразы
1	Задать рамки беседы	Поприиветствовать пациента; убедиться, что пациент одет и готов к разговору; познакомиться с другими участниками встречи; сесть так, чтобы Ваши глаза были на уровне глаз пациента	Перечислить вопросы для обсуждения; предложить пациенту сформулировать вопросы важные для него	«Сегодня мы поговорим о вариантах лечения рака в Вашем конкретном случае» «Прежде чем мы начнем беседу, я бы хотел узнать: есть ли какие-то конкретные вопросы, которые Вы хотели бы обсудить сегодня? Если я буду знать о них, то смогу прояснить их в ходе разговора».
2	Наладить сотрудничество между врачом и пациентом	Добиться понимания ситуации пациентом, а также другими участниками беседы по таким аспектам как особенности болезни; прогноз в случае отсутствия лечения; психологические потребности и опасения; другие факторы, влияющие на принятие решения о методе лечения. Устранить любые недопонимания	Проверить, все ли пациенту понятно. Прояснить непонятные моменты. Предложить пациенту высказать свои опасения	«Я бы хотел проверить, насколько Вам понятен диагноз. Как он звучит? Насколько серьезной Вам представляется эта болезнь?» «Что вам уже известно о вариантах лечения?» «Проходил ли кто-нибудь из Вашей семьи или друзей лечение от этого заболевания?» Родственнику: «Есть ли какие-либо проблемы или опасения, которые, по Вашему мнению, могут повлиять на выбор нашим пациентом метода лечения?»

Шаг	Коммуникативные стратегии	Коммуникативные задачи	Коммуникативные приемы	Примерные фразы
3	Выработать достоверное общее понимание ситуации пациента по разным аспектам	Добиться понимания ситуации пациентом, а также другими участниками беседы по таким аспектам как особенности болезни; прогноз в случае отсутствия лечения; психологические потребности и опасения; другие факторы, влияющие на принятие решения о методе лечения. Устранить любые недопонимания	Проверить, все ли пациенту понятно. Прояснить непонятные моменты. Предложить пациенту высказать свои опасения	«Я бы хотел проверить, насколько Вам понятен диагноз. Как он звучит? Насколько серьезной Вам представляется эта болезнь?» «Что вам уже известно о вариантах лечения?» «Проходил ли кто-нибудь из Вашей семьи или друзей лечение от этого заболевания?» Родственнику: «Есть ли какие-либо проблемы или опасения, которые, по Вашему мнению, могут повлиять на выбор нашим пациентом метода лечения?»
4	Описать существующие варианты лечения	Излагать информацию по частям. Пояснить преимущества. Описать побочные эффекты и возможные неудобства. Представить научные источники и степень доказательности каждого метода лечения. Избегать в речи сложных медицинских терминов. Использовать диаграммы, рисунки.	Предварительно изучить имеющуюся информацию. Резюмировать информацию. Убедиться, что пациент понимает Вас. Поощрять вопросы. Предложить отсрочить принятие решения, если это необходимо	«Прежде всего разрешите мне кратко представить все три варианта лечения, возможные в вашем случае. Затем мы обсудим каждый по отдельности». «Есть ли у Вас вопросы?» «Разрешите мне уточнить, что Вы поняли о каждом из методов. Можете кратко рассказать о них?» «Помните, что нет необходимости принимать окончательное решение прямо сейчас. У Вас будет время подумать, обсудить все с членами семьи и сообщить о своем решении, когда Вы будете достаточно в нем уверены»

5	Обсудить ценности и особенности образа жизни пациента, которые могут повлиять на его выбор метода лечения	Обсудить, как лечение скажется на работе, образе жизни и личных отношениях. Узнать мнение пациента и его чувства по отношению к вариантам лечения. Не перебивать и не останавливать пациента	Задавать открытые вопросы. Прояснять непонятные моменты. Проявляя сопереживание, признавать эмоциональную реакцию пациента или подтверждать, что его эмоции нормальны и оправданны, создавая условия для их выражения. Повторно отметить важность совместного принятия решения и сотрудничества	«Разрешите мне уточнить, есть ли у Вас какие-либо опасения в отношении влияния лечения на вашу работу, образ жизни, репродуктивную способность, интимную жизнь?» «Помогите мне понять, есть ли вариант, который кажется вам более предпочтительным и почему»
6	Подробно описать рекомендуемый метод лечения, предложить пациенту принять решение	Как правило, четкое представление врачом своих рекомендаций помогает пациенту принять решение. Продвижение к консенсусу и взаимному доверию при выборе метода	Резюмировать. Задавать открытые вопросы. Предложить отсрочку в принятии решения	«Теперь у Вас есть представление о существующих вариантах лечения. И я бы хотел убедиться, что Вы понимаете мои рекомендации» «Если бы Вы были моим отцом/женой, я бы...» «Вы готовы сделать выбор сегодня или предпочли бы обдумать его в течение нескольких дней?»
7	Завершить консультацию	Организовать подписание пациентом установленной формы информированного согласия. Запланировать дополнительные консультации или выдать направления к специалистам. Подготовить план последующих действий	Отметить ценность проведенной беседы. Попрошаться.	«Позвольте мне рассказать Вам о следующих шагах. Вам необходимо подписать заявление об информированном согласии, подойти в регистратуру и назначить дату консультации с анестезиологом» «Если у Вас появятся вопросы, Вы можете всегда позвонить мне»

Глава 4. ОБСУЖДЕНИЕ ПРОГНОЗА

Обсуждение прогноза с онкологическим пациентом позволяет сформировать реалистичные ожидания, повысить вовлеченность пациента в принятие решений и планирование ухода, снизить тревогу и укрепить доверие между пациентом, семьей и медицинской командой.

Правильная коммуникация помогает учитывать личные ценности пациента, обеспечивать согласованность медицинских действий и улучшать качество жизни на всех этапах заболевания.

Алгоритм коммуникации с пациентом с целью обсуждения прогноза с онкологическим пациентом:

Этап консультации	Коммуникативные задачи	Коммуникативные приемы	Фразы врача
Перед обсуждением прогноза	Обеспечьте комфорт пациента и конфиденциальность встречи	Узнайте, хочет ли пациент, чтобы вместе с ним был друг или родственник. Узнайте, не хочет ли пациент, чтобы присутствовал другой врач (если это возможно). Отключите телефон и попросите коллег не беспокоить Вас.	«Сядьте, Вам удобно?» «Хотите ли Вы пригласить мужа (жену, отца, дочь и т.д.)?»
Обсуждение содержания предстоящей беседы	«Сядьте, Вам удобно?» «Хотите ли Вы пригласить мужа (жену, отца, дочь и т.д.)?»	Сначала спросите, хочет ли пациент получить информацию о прогнозе. Затем выясните, что ему (ей) самому известно на данный момент и чего он (она) ожидает.	«Я могу рассказать, что происходит с большинством людей в Вашей ситуации. Вы бы хотели об этом узнать?» «Что вы уже знаете и что хотели бы узнать у меня?»

Этап консультации	Коммуникативные задачи	Коммуникативные приемы	Фразы врача
Обсуждение прогноза	С учетом того, что пациент хочет знать о прогнозе, Вы можете рассказать: — о стадиях заболевания и как они связаны с прогнозом; — о шансах на полное выздоровление; — о возможных преимуществах и рисках лечения; — сравнить вероятность сокращения продолжительности жизни из-за рака или другого заболевания (состояния); — о средней и максимальной продолжительности жизни, подчеркнув продолжительность периода жизни, а не определенную дату. Не лгать и отвечать на тот вопрос, который задали. Никогда не отвечать на незаданный вопрос.	— Придерживайтесь честной и прямолинейной, но при этом деликатной манеры разговора. — Стимулируйте пациента к сотрудничеству (например, дайте возможность задавать вопросы). — Сообщайте только самые актуальные данные и, если нужно, укажите их источник. Объясните, каким образом они могут измениться при получении дополнительной информации. Оговорите примерные сроки, когда можно будет получить дополнительные сведения о прогнозе. — Каждый раз, перед тем как говорить о прогнозе, упоминайте о том, что возможности прогнозирования ограничены. Объясните, что вы не можете предсказать, как человек со всеми его особенностями будет реагировать на заболевание и на лечение.	«К сожалению, никто не может дать точный ответ, сколько Вам осталось.» «Невозможно, к сожалению, предсказать, как человек со всеми его особенностями будет реагировать на заболевание и на лечение.» «Я могу лишь предоставить статистические данные» «Х % пациентов живут более 5 лет после установления диагноза и проведенного лечения, 10% [15%, 30%] живут более десяти лет» «Средняя выживаемость пациентов с таким заболеванием и такой стадией до 5 (10) лет»

Этап консультации	Коммуникативные задачи	Коммуникативные приемы	Фразы врача
Завершение беседы	Кратко резюмируйте основное содержание консультации и убедитесь в том, что пациенту все понятно. Предложите свою поддержку или при необходимости направьте к соответствующему специалисту.	— Еще раз обратите внимание на ту информацию, которая вселяет надежду. — Проверьте эмоциональную реакцию пациента на ваше сообщение. — Дайте пациенту понять, что будете на связи и готовы помочь, если у него возникнут вопросы или беспокойство по какому-либо поводу, а также назначьте следующую встречу, чтобы через некоторое время снова оценить ситуацию.	«Если у Вас появятся вопросы, Вы можете позвонить мне».

Глава 5. ОБЩЕНИЕ С СЕМЬЕЙ ПАЦИЕНТА. СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД. ТРУДНЫЕ РАЗГОВОРЫ.

Большинство тяжелобольных пациентов не способны принимать решения самостоятельно. Именно поэтому, врачи часто просят членов семьи выступить в качестве доверенных лиц пациента при обсуждении целей лечения. Это становится особенно актуальным, когда возможности лечения исчерпаны и встает вопрос о паллиативной помощи. Тогда, семейно-ориентированный подход является центральным компонентом принятия медицинских решений. Исследования показывают, что взаимодействие врача и семьи может оказывать глубокое влияние на психическое здоровье членов семьи и их переживания в долгосрочной перспективе.

Проведение регулярных семейных встреч, увеличение продолжительности встреч, на которых семьи имели больше возможностей высказаться и выразить свои эмоции, ощущали большую поддержку при принятии сложных решений, испытывали большее облегчение от чувства вины и были более склонны ставить реалистичные цели в отношении ухода.

Результатом этой стратегии стало снижение симптомов тревоги и депрессии через три месяца после смерти пациента. Такая коммуникация также требует баланса между соблюдением процедур оказания помощи, способствующих улучшению результатов, и индивидуального подхода с учетом уникальных потребностей семьи.

Семейно-ориентированный подход предполагает, что медицинские специалисты учитывают потребности не только пациента, но и его семьи, обеспечивая психологическую, социальную и духовную поддержку всем участникам процесса.

Основные принципы:

1. Вовлечение семьи в принятие решений
 - Обсуждение диагноза, прогноза и плана лечения.
 - Сочетание уважения к автономии пациента с поддержкой семьи в эмоционально сложных ситуациях.
2. Эмоциональная поддержка
 - Помощь в преодолении тревоги, горя, чувства вины или конфликтов.
 - Обучение родственников навыкам ухода и общения с тяжело больным.
3. Открытое и честное общение
 - Ясный и деликатный язык без лишнего медицинского жаргона.
 - Разъяснение целей паллиативной помощи: не только продление жизни, но и её качество.

4. Учет культурных и духовных ценностей

- Уважение традиций и религиозных убеждений семьи при планировании ухода.

5. Поддержка после утраты

- Консультирование и помощь родственникам в период горевания и адаптации после потери.

Почему это важно? Семейно-ориентированный подход снижает тревожность и стресс у пациентов и родственников, повышает доверие к медицинским специалистам и способствует более качественной и человеческой паллиативной помощи. В паллиативной помощи семья становится частью «единицы заботы», так как болезнь одного человека затрагивает всех его близких. Грамотная коммуникация не только снижает уровень стресса всей семьи, но и предотвращает конфликты.

Убедить семью в необходимости сообщить пациенту плохую новость (например, о неизлечимом заболевании или ухудшении состояния) — сложная, но важная задача. Родственники часто боятся причинить боль, лишиться надежды или спровоцировать депрессию. Однако правдивая, но бережная коммуникация помогает сохранить доверие и дать пациенту возможность принять осознанные решения.

Как подойти к трудному разговору с семьёй?**СООБЩЕНИЕ ДИАГНОЗА — ОБСУЖДЕНИЕ С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ**

1. Выясните причины сопротивления:

Сначала спросите, почему родные против: «Что вас больше всего беспокоит в том, чтобы сказать ему/ей правду?», «Бойтесь ли вы, что он/она опустит руки?»

Возможные страхи семьи: «Он/она перестанет бороться», «Это убьет надежду», «Он/она не справится с эмоциями», «Будет винить нас/врачей».

2. Объясните важность правды.

Аргументы, которые можно использовать:

- Автономия пациента: «Он/она имеет право знать о своем состоянии, чтобы принимать решения - например, как распорядиться временем, завершить важные дела.»
- Доверие: «Если мы скрываем правду, он/она может догадываться и чувствовать себя одиноко в своих переживаниях.»

- Контроль над симптомами: «Зная диагноз, мы можем вместе планировать уход, чтобы улучшить качество жизни.»
- Предотвращение недопонимания: «Иногда фразы вроде «ты скоро поправишься» мешают открыто говорить о боли и страхах.»

3. Развейте мифы:

- «Правда убьет надежду» → «Надежда может измениться: не на излечение, но на хорошие дни, встречи с близкими, завершение важных дел, достойный уход.»
- «Он/она не справится» → «Многие пациенты догадываются. Возможность открыто обсудить это часто снижает тревожность.»

4. Предложите поддержку:

- «Мы можем сообщить новость вместе, если хотите.»
- «Давайте подготовимся: вы знаете его/ее лучше нас. Как он/а обычно воспринимает трудные новости?»
- «После разговора мы обеспечим психологическую помощь.»

5. Дайте время на размышление:

- Если семья не готова сразу: «Давайте вернемся к этому через день-два. Я могу ответить на ваши вопросы.»
- Если сопротивление сохраняется. Иногда родные настаивают на сокрытии правды. Тогда важно мягко, но четко обозначить позицию медиков: «Мы уважаем ваши чувства, но медицинская этика обязывает нас говорить пациенту правду, если он сам задает вопросы.»; «Давайте подумаем, как сказать это максимально бережно.»

Пример диалога с семьёй:

Врач: «Я понимаю, что вы хотите защитить его от переживаний. Но он уже спрашивал о результатах анализов. Как вы думаете, что он чувствует, когда получает уклончивые ответы?»

Семья: «Боимся, он сломается...»

Врач: «Да, это тяжело. Но многие пациенты говорят, что неопределенность хуже правды. Мы можем сообщить новость так, чтобы не оставить его без поддержки. Например, сказать, что болезнь серьезная, но мы сделаем всё для его комфорта. Вы хотели бы присутствовать при этом разговоре?»

Важно:

- Не давите, но мягко настаивайте на этичном подходе.
- Предлагайте альтернативы: возможно, пациент не хочет знать все детали, но имеет право на базовую информацию.

- Если семья категорически против, можно предложить помощь психолога или этического комитета.
- Главное — показать, что вы на стороне и пациента, и его близких, и цель у вас общая: минимизировать страдания и сохранить достоинство.

КОММУНИКАЦИЯ С СЕМЬЁЙ НА ЭТАПЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О ЛЕЧЕНИИ (ПРЕКРАЩЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ)

Этап коммуникации	Коммуникативные стратегии	Фразы врача
Подготовка к встрече	Изучите медицинские вопросы и историю. Обсудите, какие члены семьи будут присутствовать. Найдите уединенное тихое место с сидячими местами для всех. Постарайтесь свести возможность помех к минимуму: назначьте подходящее время и место, выключите телефон.	
Начало встречи	Представьте всех присутствующих друг другу. Определите общую цель встречи. Будьте готовы к тому, что цели встречи могут измениться по желанию семьи. Выясните степень понимания ситуации членами семьи. Задавайте членам семьи вопросы	«Сегодня я хочу убедиться, что каждый из вас понимает, как [имя] чувствует себя, и ответить на все ваши вопросы»; «Мы собрались здесь сегодня, чтобы обсудить, как о [имя] будут заботиться дома». «Что вам сказали о состоянии [имя]?»; «Есть ли что-нибудь еще, что вам не ясно и что мы можем объяснить вам?»

Этап коммуникации	Коммуникативные стратегии	Фразы врача
Принятие решения	Рассматривайте решения, которые необходимо принять. Добейтесь общего понимания вопросов. Узнайте, выразил ли пациент свои желания относительно решения. Убедите членов семьи в том, что они принимают решение в интересах пациента и совсем не обязательно в своих собственных интересах. Начните с открытых оценок, а потом перейдите к специфическому вмешательству, если необходимо. Давайте четкие рекомендации с учетом целей пациента и членов семьи. Старайтесь достигнуть единодушия, соглашаясь с решением или с необходимостью получить больше информации. Делайте заключения и убедитесь, что все поняли принятые решения.	«Обсуждал ли [имя] когда-либо то, что он хотел бы или не хотел бы в такой ситуации?» «Исходя из нашего понимания медицинской ситуации и того, что вы сказали нам о целях [имя], я бы не рекомендовал продолжение диализа». «Похоже, мы приходим к пониманию, что [имя] не хотел бы продолжать лечение. Ведь так все понимают его или ее желания?» «Я хочу быть уверен, что все поняли, что мы решили...»
Завершение встречи	Кратко изложите то, что вы обсудили. Спросите, есть ли у кого-нибудь вопросы. Выразите благодарность и уважение семье. Составьте четкий план последующего ухода, включая план следующей встречи с членами семьи и способы связи с медицинским коллективом	«Я понимаю, как это трудно, но я уважаю всех за то, что вы так старались принять правильное для [имя] решение»; «Я хочу поблагодарить всех за то, что вы были здесь и помогли принять трудные решения».

Протокол VALUE (от англ. «ценность») — это структурированный подход к беседам с родственниками тяжелобольных или умирающих пациентов. Он помогает снизить эмоциональное напряжение, улучшить взаимопонимание и обеспечить психологическую поддержку.

Название этапа	Коммуникационные стратегии	Фразы	Почему это важно
V – Value (Цените слова и эмоции семьи)	Дайте семье возможность высказаться, не перебивайте. Поддерживайте даже «неудобные» эмоции (гнев, вину, отрицание)	«Я вижу, как это важно для вас»; «Спасибо, что поделились этим»	Родственники часто чувствуют себя беспомощными. Проявление уважения к их переживаниям снижает тревожность.
A – Acknowledge (Признавайте их чувства)	Называйте эмоции, которые вы замечаете. Избегайте обесценивающих фраз («Не переживайте так сильно»)	«Я понимаю, как это тяжело»; «Я вижу, что вы расстроены»; «Ваши чувства абсолютно естественны»	Валидация эмоций помогает семье ощутить, что их слышат, и уменьшает чувство изоляции.
L – Listen (Слушайте активно)	Поддерживайте зрительный контакт, кивайте. Повторяйте ключевые слова, чтобы показать внимание. Не спешите давать советы – сначала дайте выговориться.	«Вы говорите, что боитесь, будто он страдает?»	Активное слушание снижает уровень стресса у собеседника и помогает точнее понять их опасения.
U – Understand (Поймите их как личность)	Узнайте контекст. Учитывайте культурные/религиозные особенности. Избегайте стереотипов, каждая семья уникальна.	«Как ваш муж обычно справлялся с болезнями раньше?»	Это помогает персонализировать поддержку и избежать недопонимания.

Е – Elicit (Выясняйте потребности)	Задавайте открытые вопросы. Уточняйте.	«Что для вас самое важное сейчас?»; «Какие у вас есть опасения?»; «Хотите ли вы обсудить варианты ухода?»	Часто родственники не решаются спросить о прогнозе или симптомах. Ваша инициатива помогает прояснить их запрос.
---------------------------------------	--	---	---

Пример диалога по протоколу VALUE:

Ситуация: Дочь пациента с терминальной стадией рака выражает гнев из-за «бесполезности лечения».

Врач: «Я вижу, как вас это злит» (признание чувств)

«Расскажите, что Вас больше всего беспокоит?» (выяснение потребностей)

«Да, это действительно несправедливо» (признание чувств)

«Как Ваш отец обычно реагировал на трудности?» (понимание пациента как личности)

Молча слушает, кивает (активное слушание).

Разговор о смерти с паллиативным пациентом и его родственниками.

Говорить о смерти — сложно для пациента, его семьи и медперсонала, но этот разговор зачастую неизбежен и важен для всех сторон.

Зачем говорить о смерти:

1. Снижение тревоги — понимание прогноза помогает принять ситуацию.
2. Поддержка автономии – пациент осознанно принимает важные решения.
3. Профилактика конфликтов — открытый диалог снижает давление со стороны родственников «борьбы до конца».
4. Эмоциональная разгрузка — возможность выразить чувства снижает риск депрессии у семьи и выгорания у медперсонала.

Последствия избегания темы:

- Пациент: ощущение незавершенности, невыполненные желания.
- Родственники: чувство вины, сложности в горевании.
- Медперсонал: эмоциональное выгорание.

Принципы беседы:

- Своевременность: не навязывать, но открывать возможность разговора.
- Честность и эмпатия: избегать клише, давать реалистичную информацию, поддерживать надежду.
- Фокус на ценностях: спрашивать о том, что важно для пациента сейчас.
- Поддержка семьи: помочь принять реальность и уважать желания пациента.

Этапы разговора:

1. Подготовка: определить время, место, кто будет говорить; учитывать готовность пациента и семьи.
2. Начало: мягко открыть тему, дать пациенту контролировать темп беседы.
3. Содержание: объяснить прогноз и возможности паллиативной помощи; использовать простые слова, избегать медицинского жаргона.
4. После беседы: предложить психологическую, духовную поддержку; уточнить пожелания; проверить эмоциональное состояние и симптомы.

Краткий совет:

Говорить честно, дозированно, наблюдать реакцию, использовать паузы и молчание, помогать прожить этап с достоинством.

Пример диалога:

Пациент: «Скажите, сколько мне осталось?»

Врач: «Болезнь прогрессирует, точный срок сложно предсказать. Давайте подумаем, как сделать ваши дни максимально комфортными. Что для вас сейчас самое важное?»

Глава 6. УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТАМИ В ОНКОЛОГИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

К сожалению, не всегда медицинские работники и пациенты или их родственники приходят к взаимному согласию. Конфликты в медицинской практике случаются часто, потому что это сфера, где сталкиваются сильные эмоции, сложные решения, ограниченные ресурсы и различные ценности. Конфликты могут возникать между пациентом и врачом, между медицинскими специалистами, а также между пациентом и его родственниками. Основные причины – разногласия по поводу тактики лечения, недоверие к врачу, недостаток информации, эмоциональное напряжение.

Универсальные стратегии разрешения конфликтов:

- Активное слушание, эмпатия — учитывать психологическое состояние пациента и его близких. (Алгоритм NURSE и др.).
- Совместное принятие решений (Shared Decision-Making).
- Подключение психолога, социального работника медорганизации.
- Документирование — фиксировать все этапы обсуждения лечения.
- Юридическая грамотность — знать права пациентов и врачей, чтобы минимизировать риски судебных разбирательств.
- Четкая, честная, но бережная коммуникация — объяснять информацию доступно, без избытка медицинских терминов.
- Фокус на ценностях и приоритетах пациента.

Вот несколько примеров и способы их решения:

1. Конфликт из-за выбора тактики лечения

Ситуация: Пациент настаивает на агрессивном лечении (например, операции), хотя врачи рекомендуют консервативную терапию (химио- или лучевую терапию) из-за высоких рисков.

Решение:

- Подробно объяснить пациенту преимущества и риски каждого метода.
 - Использовать визуализацию (снимки, схемы) для наглядности.
 - Привлечь независимого эксперта для второго мнения.
 - Если пациент продолжает настаивать — документально зафиксировать отказ от рекомендуемой тактики.
2. Конфликт из-за задержки диагностики или ошибки в диагнозе

Ситуация: Пациент или его родственники обвиняют врачей в поздней диагностике рака, что привело к прогрессированию болезни.

Решение:

- Провести внутренний разбор случая (клинико-экспертная комиссия).
- Открыто обсудить с пациентом этапы диагностики, не отрицая возможные ошибки.
- Предложить компенсационные меры (например, ускоренное лечение).
- В случае юридического спора – взаимодействовать с юристами и страховой компанией.

3. Разногласия внутри медицинской команды

Ситуация: Хирург настаивает на операции, а химиотерапевт считает, что сначала нужна неоадьювантная терапия.

Решение:

- Провести консилиум с участием всех специалистов (онколог, хирург, радиолог, патолог).
- Ориентироваться на международные клинические рекомендации (NCCN, ESMO).
- Привлечь внешнего консультанта при отсутствии консенсуса.

4. Конфликт из-за отказа пациента от лечения

Ситуация: Пациент отказывается от химиотерапии из-за страха перед побочными эффектами.

Решение:

- Разъяснить альтернативные варианты (таргетная терапия, иммунотерапия).
- Пригласить психолога или пациента, успешно прошедшего лечение.
- Предложить поэтапное начало терапии с мониторингом состояния.

5. Конфликт с родственниками, которые скрывают диагноз от пациента

Ситуация: Семья просит врача «ничего не говорить», чтобы пациент «не потерял надежду».

Решение:

- Объяснить родственникам юридические и этические основы: пациент имеет право на информацию.
- Понять мотивацию семьи (страх депрессии, суицидальных мыслей).
- Использовать щадящий способ информирования (поэтапное сообщение, с учетом психологического состояния пациента).

6. Конфликт: между автономией пациента и мнением семьи.

Ситуация: Пациент боится побочных эффектов и говорит, что «лучше умереть, чем мучаться». Родственники настаивают на лечении.

Решение:

- Выяснить причины отказа (страх боли, потеря контроля, недостаток информации).
- Использовать техники мотивационного интервью, объяснить возможные варианты (щадящие схемы, поддерживающая терапия).
- Подчеркнуть право пациента принимать решение, но обеспечить информированность.

7. Конфликт: межпрофессиональный и связанный с потерей доверия пациента (разные мнения врачей о тактике лечения).

Ситуация: Один онколог предлагает агрессивное лечение, другой – органосохраняющее или консервативное. Пациент растерян.

Решение:

- Провести мультидисциплинарный консилиум.
- Прозрачно объяснить пациенту разные подходы, доказательную базу и прогнозы.
- Сделать акцент на совместном принятии решения с участием пациента.

8. Конфликт: утрата доверия, угроза жалобы или судебного иска (пациент обвиняет врачей в ошибке).

Ситуация: После осложнения (например, инфекции после операции) пациент/родственники считают, что это «врачебная халатность».

Решение:

- Открытое и честное объяснение: рассказать, что осложнения возможны даже при правильном лечении.
- Извиниться за трудности, выразить эмпатию.
- Предложить план коррекции осложнения и поддержку.

9. Конфликт: разные ценности и ожидания. Разногласия между пациентом и семьей о продолжении лечения.

Ситуация: Пациент хочет продолжать лечение, несмотря на низкий шанс успеха. Родственники считают, что это «бессмысленно».

Решение:

- Организовать семейную встречу с участием психолога/онкопсихолога.
- Слушать обе стороны, помогая выработать компромисс.
- Сосредоточиться на качестве жизни и целях пациента.

10. Конфликт: между ожиданиями пациента и реальностью системы. Недовольство организационными моментами.

Ситуация: Пациент недоволен длинными очередями, отсутствием препаратов, грубостью персонала.

Решение:

- Признать неудобства, объяснить объективные причины.
- По возможности предложить альтернативы (право выбора медицинской организации, способы исправления ситуации).
- Работать с эмоциональной составляющей – проявить эмпатию, выразить заботу, внимание, уважение.

Паллиативная помощь особенно чувствительна к конфликтам: здесь сталкиваются страх смерти, сильные эмоции пациентов и родственников, этические дилеммы и тяжёлые медицинские решения.

Основные причины конфликтов в паллиативной помощи:

Категория	Причина	Пример
Разные ожидания у пациентов, их родственников и медперсонала службы паллиативной помощи	- Пациент надеется на излечение, тогда как медицина предлагает облегчение симптомов. - Родственники требуют продолжения агрессивного лечения. - Персонал ориентирован на качество жизни, а не на продление любой ценой.	Родственники настаивают на реанимации, несмотря на наличие завещания о неприменении поддержки жизнедеятельности (DNR).
Коммуникационные проблемы	- Медики используют сложные термины или избегают честного разговора о прогнозе. - непонимание культурных и религиозных ценностей пациента.	Врач сообщает диагноз в присутствии пациента, не выяснив его готовность. Семья обижается.

Категория	Причина	Пример
Эмоциональное напряжение	- Страх, вина, тревога, горе у всех участников ситуации. - Родственники в стрессе могут быть агрессивны, критичны или в отрицании происходящего.	Сын пациента обвиняет медсестру в «плохом уходе», потому что не может смириться с умиранием отца.
Несогласованность внутри медицинской команды	- Разные члены команды (например, врач и медсестра) могут по-разному понимать план лечения. - Отсутствие регулярных обсуждений между специалистами.	Один врач говорит семье одно, а другой – противоположное, вызывая недоверие
Этические дилеммы	- Родственники не понимают разницу между облегчением страданий и ускорением смерти. - Пациент желает прекратить лечение, тогда как семья хочет его продолжать	У пациента некупируемые боли. Врач предлагает паллиативную седацию (ни в коем случае не являющаяся подобием эвтаназии). Родственники боятся: «<i>Вы хотите усыпить его раньше времени</i>». Пациент в сознании просит прекратить химиотерапию, так как устал и не хочет страдать. Семья настаивает: «<i>Нельзя сдаваться!</i>»
Юридические споры	- Несогласие между юридически назначенным представителем и другими родственниками	Пациент в коме. Согласно доверенности, решения принимает сын. Остальные родственники не согласны с его решением об отказе от ИВЛ.

Принципы разрешения конфликтов в паллиативной помощи:

1. Эффективная коммуникация

- Активное слушание – дать возможность высказаться всем сторонам.
- Эмпатия – признавать чувства пациента и родственников.
- Четкое информирование – объяснять цели паллиативной помощи, реалистичные прогнозы, методы обезболивания.

2. Вовлечение мультидисциплинарной команды

- Включение психолога, социального работника, служителя культа (если нужно).
- Совместное обсуждение ситуации с врачами, медсестрами, родственниками.

3. Медиация (посредничество)

- Если конфликт затяжной, можно привлечь независимого медиатора.
- Помощь в поиске компромисса (например, изменение схемы обезболивания).

4. Работа с эмоциями

- Для родственников: группы поддержки, консультации психолога.
- Для персонала: супервизии, обучение эмоциональной саморегуляции.

5. Следование протоколам и этическим нормам

- Если конфликт связан с отказом от лечения или запросом на эвтаназию - важно объяснить законодательные рамки.
- В сложных случаях - консилиум или этический комитет.

Главное в разрешении конфликтов — открытость, эмпатия и профессиональный подход. Важно не допускать эскалации, вовлекать всех заинтересованных лиц и искать решения, ориентированные на комфорт пациента.

Важно: при разрешении конфликтов приоритет – интересы пациента, профессиональная дистанция, гибкость и документирование ключевых решений.

Позаэтапный план разрешения конфликта:

Этап	Цель	Пример
Идентификация конфликта	Определить участников, причины и эмоции	Родственники настаивают на продолжении химиотерапии, конфликт из-за разных ожиданий и страха смерти
Обеспечение безопасной среды	Создать условия для спокойного диалога	Разговор в отдельной комнате, без посторонних, техники активного слушания

Этап	Цель	Пример
Сбор информации и прояснение позиций	Выяснить приоритеты участников, медицинские аспекты, культурные и религиозные особенности	Объяснение, что химиотерапия не продлит жизнь, предложены альтернативы: качественный уход и обезболивание
Поиск компромиссов	Найти решение, учитывающее интересы пациента и семьи	Семья соглашается на паллиативную помощь с подключением патронажной службы паллиативной помощи на дому
Закрепление договоренностей	Фиксация решений и распределение ответственности	Договоренность о пробном курсе симптоматической терапии с оценкой через 7 дней
Эмоциональная поддержка	Снижение стресса у всех участников	Консультации для родственников, супервизия для персонала, комфорт пациента
Анализ и профилактика	Извлечь уроки для предотвращения будущих конфликтов	Разбор случая на консилиуме, корректировка коммуникации, обучение персонала

Примеры разрешения конфликтов в паллиативной помощи:

1. Продолжение бесполезного лечения

Решение: объяснить цели паллиативной помощи, предложить альтернативы (симптоматическая терапия, психологическая поддержка).

2. Выбор места ухода (дом или хоспис)

Решение: обсудить плюсы и минусы, привлечь соцработника или сиделки для организации ухода.

3. Раздражение персонала из-за «трудного» пациента или родственников

Решение: ротация сотрудников, психологическая разгрузка, напоминание о целях паллиативной помощи.

Если конфликт не разрешается — подключить этический комитет, юристов или руководство учреждения.

Глава 7. ПРИМЕРЫ ПРАВИЛЬНЫХ И НЕПРАВИЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ

В общении с пациентами и его родственниками очень важно выстраивать коммуникацию так, чтобы снижать тревожность, поддерживать доверие и обеспечивать эмоциональную безопасность. Ниже приведены примеры «правильной» и «неправильной» коммуникации.

Неправильно	Почему?	Правильно	Почему?
Начало разговора, если пациент поднимает тему			
Игнорирование вопроса или невербальных сигналов «Что Вы волнуетесь, все будет нормально!»	Игнорирование темы, пациент остаётся один на один с тревогой	«Вы хотели поговорить о том, что Вас беспокоит?» «Я вижу, что вам тяжело. Хотите обсудить, что вас тревожит?» «Некоторые пациенты в такой ситуации думают о том, что будет дальше. Вам это близко?»	Пациенту даётся возможность открыто выразить эмоции и задать темп беседы
Разговор о диагнозе и прогнозе			
«Вам осталось несколько месяцев, ничего нельзя сделать. Просто готовьтесь.»	Резкое сообщение без эмпатии, оставляет пациента в отчаянии, без надежды на поддержку.	«Ваше заболевание серьезное, и, к сожалению, полное излечение невозможно. Но мы сделаем всё, чтобы Вам было максимально комфортно. Давайте обсудим, как Вам помочь.»	
«Все будет хорошо!»	Ложное заверение	«Вам, очевидно, было очень тяжело услышать, что болезнь прогрессирует, но мы сделаем все возможное, чтобы помочь Вам и Вашей семье, справиться с любыми симптомами.»	Сообщается правда, но мягко, с акцентом на поддержку и дальнейшие действия.
«Мы больше ничего не можем сделать, ваша болезнь неизлечима, поэтому нет смысла оставаться в больнице.»	Резкое сообщение без эмпатии, оставляет пациента в отчаянии, без надежды на поддержку.	«Мне жаль, что больше нет доступных методов лечения Вашей болезни, но мы назначим другие препараты, которые помогут смягчить симптомы. Вы сможете находиться дома со своей семьёй и если Вам понадобится какая-либо помощь в будущем, Вы можете связаться со мной»	Баланс между сообщением правдивых сведений и сохранением надежды.

Неправильно	Почему?	Правильно	Почему?
«У вас рак в последней стадии, мы уже ничего не можем сделать».	Резкое сообщение без эмпатии, оставляет пациента в отчаянии, без надежды на поддержку.	«Мне жаль сообщать это...» «К сожалению, новости не очень хорошие...» «Но у нас есть профессиональная команда специалистов паллиативной помощи, которая будет сопровождать Вас, что бы ни происходило»	Врач использует протокол SPIKES: мягко подводит пациента, уточняет, что пациент уже знает, проявляет сочувствие
Реакция на эмоции пациента			
«Не плачьте, Вы только еще больше себя расстраиваете. Надо держаться.»	Обесценивание чувств, запрет на выражение эмоций.	«Я вижу, как Вам тяжело. Вы можете плакать, это нормально. Я рядом. Хотите, мы сделаем паузу, прежде чем обсудить другие варианты помощи?»	Признание эмоций, разрешение на их проявление, эмоциональная поддержка, сохранение надежды.
«Я вас понимаю»	Если у врача не было такого опыта, пациент может упрекнуть врача в притворстве.	«Мне трудно даже представить, как вам тяжело и я Вам искренне сочувствую.»	
Обсуждение боли и симптомов			
«Придется терпеть, это неизбежно. У всех так.»	Игнорирование страданий, отказ в помощи.	«Расскажите, где и как болит? Мы можем точно подобрать обезболивание, чтобы Вам было легче.»	Активное слушание, предложение помощи, облегчение страданий.
Пациент: «Я чувствую страх, когда у меня перехватывает дыхание.» Доктор: «Примите эти таблетки, чтобы облегчить дыхание.»	Предлагая помощь, врач игнорирует эмоции пациента.	Пациент: «Я чувствую страх, когда у меня перехватывает дыхание.» Доктор: «Одышка действительно может пугать. Это очень понятно. Я выпишу Вам несколько лекарств, которые Вам помогут.» Доктор: «Что пугает Вас больше всего, когда у Вас перехватывает дыхание?».	Уважение к эмоциям пациента, проявление эмпатии, предложение реальной помощи
«Как дела?»	Обезличенный, общий вопрос	«Как Ваша боль сегодня?»	Конкретный вопрос
«Ваша боль сегодня стала меньше?»	Закрытый вопрос, ответ на который либо «да», либо «нет», менее уместен.	«Скажите, изменилась ли Ваша боль сегодня?»	Это открытый вопрос, который позволяет пациентам открыться и дать больше полезной информации

Неправильно	Почему?	Правильно	Почему?
Разговор с родственниками			
«Вам надо смириться, скоро всё закончится.»	Жестокий тон, отсутствие поддержки.	Я понимаю, как Вам сейчас тяжело. Мы поможем Вам и Вашему близкому пройти этот путь с максимальным комфортом, без боли и страданий.»	Поддержка, акцент на совместной заботе.
«Пациент имеет прогрессирующую печёночную недостаточность.»	Врач разговаривает с родственниками медицинскими терминами, без эмпатии.	«Состояние Вашей мамы ухудшается. Мы можем облегчить её симптомы и будем рядом в любых обстоятельствах.»	Врач говорит просто и с участием.
«Я всё сказал. Меня ждут другие пациенты. До свидания.»	Грубость, пренебрежение	«Я здесь, если у Вас возникнут любые вопросы. Пожалуйста, не стесняйтесь обращаться.»	Поддержка, уважение, предложение помощи
Обсуждение отказа от агрессивного лечения			
«Лечение бесполезно, поэтому можете отказаться.»	Давление, отсутствие альтернатив.	«К сожалению, дальнейшее лечение может принести больше дискомфорта, чем пользы. Мы можем сосредоточиться на качестве жизни. Как вы к этому относитесь?»	Уважение к выбору пациента, мягкое предложение альтернативы
Переход на паллиативную помощь			
«Мы прекращаем активное лечение, дальнейших вариантов нет».	Резкая формулировка, отказ от поддержки	«Сейчас наша с Вами задача – облегчить боль, обеспечить хороший уход, поддержку и комфорт. Мы продолжим заботиться о Вас и Вашей семье.»	Заверение в поддержке, уважение
«Доктор, я умираю?»			
«Да, вам осталось 2 месяца» «Не думайте об этом!» «Все будет хорошо»	Резкое подтверждение, обесценивание, ложная надежда	«Да, болезнь серьёзная, и мы не можем её вылечить. Но мы сделаем всё, чтобы вам было максимально комфортно» «Как бы вы хотели провести это время?»	Подтверждение реальности мягко, внимание к желаниям и комфорту пациента
Если пациент отрицает приближение смерти			
«Нет, вы ошибаетесь» «Вам надо принять правду»	Давление на пациента, спор, обесценивание эмоций	«Я понимаю вашу надежду. Давайте сосредоточимся на том, что важно для Вас сейчас»	Переключение на качество жизни, уважение надежд пациента

Неправильно	Почему?	Правильно	Почему?
Разговор с родственниками о скорой смерти пациента			
«Это жизнь...» Говорить шаблонами, на ходу	Резкость, отсутствие подготовки, грубость	«Я хочу обсудить с вами то, что нас беспокоит в состоянии [имя]. Это трудный разговор» «Мы видим, что его/ее состояние ухудшается. Возможно, время стало очень ценным» «Как вы думаете, что для него/нее сейчас самое важное?»	Тщательная подготовка, честная, бережная беседа, предложение поддержки
Если пациент не хочет говорить			
«Давайте поговорим, пока у меня есть время!»	Давление, нет уважения к желаниям пациента	«Это тяжелый вопрос. Что для вас самое страшное в этой ситуации?» «Я вижу, что вам трудно. Хотите поговорить об этом?»	Дать пространство для эмоций, возможность самому инициировать разговор
Пациент хочет обсудить похороны или прощание			
«Не думайте о таком!» «Еще рано об этом говорить»	Обесценивание, лишение контроля над ситуацией. Игнорирование.	«Это важные вопросы. Давайте обсудим, как вы это видите» «Хотите, чтобы я помог вам рассказать близким о ваших пожеланиях?» «Многие находят облегчение, когда планируют это заранее»	Поддержка, уважение желаний пациента, планирование облегчает тревогу и страдания

Таким образом, правильная коммуникация строится на эмпатии (признание чувств пациента), правдивости (без жестокости), поддержке (предложение помощи), уважении (к выбору и достоинству человека).

Избегайте обесценивания, резких формулировок и отказа в диалоге. Лучше слушать, чем говорить, и быть рядом, даже когда слов не хватает.

Вместо заключения.

КАК ПОЗАБОТИТЬСЯ О СЕБЕ

Работа в онкологии и паллиативной помощи требует не только высокой профессиональной квалификации, но и огромной эмоциональной отдачи. Постоянный контакт с тяжелобольными пациентами и их семьями, необходимость принимать сложные решения, а также ограниченные возможности излечения могут постепенно истощать внутренние ресурсы. Поэтому забота о себе — не роскошь, а профессиональная необходимость: только сохраняя собственное здоровье, вы сможете продолжать помогать другим на высоком уровне.

Когда пора обратиться за помощью?

Если вы замечаете у себя постоянное чувство подавленности или раздражения, частые болезни и усталость, потерю интереса к работе, чувство вины, беспомощности или безнадёжности — не откладывайте визит к психологу или психотерапевту. Просить о помощи — это нормально и необходимо.

Признаки профессионального выгорания

Чтобы вовремя позаботиться о себе, важно распознавать сигналы выгорания:

- Эмоциональное истощение — чувство опустошенности, раздражительность, цинизм, снижение интереса к общению с близкими.
- Деперсонализация — отстранённость от пациентов, формализм в общении, уклонение от обязанностей.
- Снижение профессиональной эффективности — ощущение беспомощности, ошибки в работе.
- Физические симптомы — хроническая усталость, бессонница, частые болезни, головные боли.
- Поведенческие изменения — изменения аппетита, повышенная тяга к алкоголю или курению.

Если вы замечаете у себя хотя бы несколько из этих признаков, важно не откладывать меры профилактики.

Профилактика выгорания

1. Эмоциональная саморегуляция

- Рефлексия и осознание эмоций — ведите дневник, обсуждайте сложные случаи с коллегами или супервизором.

- Разделение ответственности — помните: вы помогаете, но не обязаны «спасать всё».
- Практика благодарности — отмечайте моменты, когда ваша работа принесла облегчение пациенту.

2. Физическое здоровье

- Режим сна и отдыха — недосып усиливает стресс; старайтесь спать 7-8 часов.
- Физическая активность — короткие прогулки или упражнения снижают уровень кортизола и помогают восстановить силы.
- Здоровое питание — избегайте «зедания» стресса фастфудом и избытком кофеина.

3. Профессиональные границы

- Умение говорить «нет» — перегрузки ведут к истощению.
- Чередование сложных и лёгких случаев — если возможно, распределяйте нагрузку.
- Регулярные короткие перерывы — даже 5 минут глубокого дыхания между пациентами помогают восстановиться.

4. Поддержка и сообщество

- Супервизии и психотерапия — профессиональная помощь помогает перерабатывать тяжелые переживания.
- Коллегиальная поддержка — обсуждение трудностей в команде снижает чувство изоляции.
- Профессиональные сообщества — обмен опытом напоминает, что вы не одиноки.

5. Личные ресурсы и хобби

- Отделение работы от личной жизни — находите время на семью, друзей, увлечения.
- Творчество и спорт — помогают переключиться и восстановить энергию.
- Медитация и практики осознанности (mindfulness) — снижают тревожность и улучшают концентрацию.

Забота о себе — это не эгоизм, а профессиональная обязанность. Начните с малого: сегодня уделите себе 10 минут, завтра — чуть больше. Ваше физическое и эмоциональное благополучие важно — оно напрямую влияет на качество помощи, которую вы оказываете пациентам. Сохраняя свои ресурсы, вы сможете оставаться профессионалом и человеком, который делает жизнь других легче и безопаснее.

Литература:

1. Tierney L, Henderson M, Kraytman M. The Patient History: Evidence-based Approach. New York, NY: McGraw-Hill; 2005.
2. Практическое руководство по коммуникации при оказании специализированной и паллиативной помощи онкологическим больным / под ред. Д.У. Киссейна, Б.Д. Бульца, Ф.Н. Бутоу, И.Д. Финли; Раздел Б. Основы обучения коммуникативным навыкам в онкологии и паллиативной помощи / под общ. ред. В. Ерохиной. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2019. – 257 с.
3. Бэк, Э., Арнольд, Р., Талски, Дж. Мастерство общения с тяжелобольными пациентами: как сочетать честность, эмпатию и надежду в беседе с пациентом / под общ. ред. Г. Юнусовой. – М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2023. – 178 с.
4. С. В. Михеева Активное слушание как средство достижения лучшего понимания и точного формулирования мыслей // МНКО. 2024. №1 (104). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktivnoe-slushanie-kak-sredstvo-dostizheniya-luchshego-ponimaniya-i-tochnogo-formulirovaniya-mysley>
5. Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper. Skills for Communicating with Patients. London: CRC Press; 2016. doi:10.1201/9781910227268.
6. Ерохина, В.В., Юнусова, Г.Ш. Основы паллиативной помощи / под ред. Р. Твайкросса, Э. Уилкока; пер. с англ.- М.: Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера», 2020. – 456 с.

Интернет-ресурсы:

1. <https://eapcnet.eu/> Сайт Европейской ассоциации паллиативной помощи
2. <https://paced.org.uk/> Фонд образования в паллиативной помощи
3. <https://iahpс.org/> Международная ассоциация хосписной и паллиативной помощи
4. <http://www.palliative.kz/> Сайт Казахстанской ассоциации паллиативной помощи
5. <https://pro-palliativ.ru/> Портал о помощи в конце жизни

