



СТЕША
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД



**ФОНД
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ**

БЫТЬ РЯДОМ: ВНЕДРЕНИЕ ПРОТОКОЛА ЭТИЧНОГО СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

ПЛАН И ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ

- 1. Введение**
 1. Цели и задачи пособия
 2. Значение этичного сообщения диагноза
 3. Актуальность внедрения протокола
- 2. Теоретические основы этичного сообщения диагноза**
 1. Этические принципы в медицинской коммуникации
 2. Правовые аспекты и права пациента
 3. Психологические особенности восприятия диагноза
- 3. Обзор протокола этичного сообщения диагноза**
 1. История создания и развития
 2. Основные этапы протокола
 3. Ключевые принципы и рекомендации
 4. Варианты адаптации под разные ситуации
- 4. Практические навыки и коммуникативные техники**
 1. Начало консультации
 2. Сбор информации
 3. Физикальное обследование
 4. Объяснение и планирование
 5. Завершение консультации
- 5. Этапы внедрения протокола в клиническую практику**
 1. Анализ текущих практик
 2. Обучение и тренинги для медицинского персонала
 3. Моделирование ситуаций и ролевые игры
 4. Оценка эффективности и обратная связь
- 6. Организационные аспекты внедрения**
 1. Создание команды внедрения
 2. Взаимодействие с административным персоналом
 3. Документирование и контроль соблюдения протокола
- 7. Кейсы и практические рекомендации**
 1. Разбор типичных ситуаций
 2. Советы по преодолению трудных случаев
 3. Обратная связь от пациентов и врачей
- 8. Заключение**
 1. Итоги и перспективы
 2. Рекомендации по дальнейшему развитию
- 9. Приложения**
 1. Образцы сценариев
 2. Контрольные списки
 3. Дополнительные материалы и ресурсы

ВВЕДЕНИЕ

С 2024 года на территории Воронежской области реализуется проект «Внедрение протокола этичного сообщения диагноза с неблагоприятным прогнозом». Настоящие методические материалы созданы рабочей группой Благотворительного фонда «СТЕША» по направлению «Протокол сообщения диагноза» при поддержке Министерства здравоохранения Воронежской области, Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко, Фонда президентских грантов и Общественной Палаты Воронежской области.

Мы благодарны коллегам и пациентам за все замечания и примеры из личного опыта, которые помогли нам сделать данное пособие максимально полезным.

Цель проекта «Быть рядом: внедрение протокола этичного сообщения диагноза» – совершенствование порядка оказания медицинской и психологической помощи пациентам, их законным представителям, близким родственникам при подозрении или выявлении у пациента диагноза с неблагоприятным прогнозом.

В этой рабочей тетради краткое изложение тренинга, упражнения и полезные ссылки.

Грамотная коммуникация — это навык, который особенно важен там, где ошибки в общении могут иметь серьёзные последствия. Любая профессия с высокой социальной ответственностью, будь то врач, учитель, юрист диктует необходимость владения основными навыками общения, чтобы вас слышали, вам доверяли и следовали вашим рекомендациям. В Финляндии, например, будущих врачей учат коммуникации через ролевые игры с актёрами, имитирующими пациентов. Результат — одни из самых высоких уровней доверия к медикам в мире!

За два дня тренинга мы постараемся понять свои сильные и слабые стратегии в общении и изучим классическую модель консультирования, которая даст опорную структуру консультации в случае «плохих новостей».

Цели и задачи пособия

Данное методическое пособие предназначено для врачей и медицинского персонала, участвующих в процессе информирования пациентов о диагнозе. Основная цель — внедрить протокол этичного сообщения диагноза, способствующий улучшению коммуникации, укреплению доверия и соблюдению прав пациентов.

Задачи:

- Ознакомить медицинский персонал с этическими принципами, правовыми аспектами и стандартами профессиональной ответственности при сообщении диагноза.
- Обучить навыкам деликатного, ясного и понятного информирования пациентов, учитывая их психологическое состояние.
- Разработать рекомендации по адаптации протокола к различным клиническим ситуациям и индивидуальным особенностям пациентов.
- Обеспечить практическую подготовку через моделирование ситуаций, тренинги и разбор кейсов для закрепления навыков эффективной коммуникации.

Значение этического сообщения диагноза

Этичное сообщение диагноза является фундаментальным элементом профессиональной медицинской практики и этики. Оно способствует снижению психологического стресса пациента, облегчая его адаптацию к поставленному диагнозу и стимулируя активное участие в процессе лечения и реабилитации. Кроме того, такой подход укрепляет доверие пациента к врачу и системе здравоохранения в целом, обеспечивает соблюдение прав пациента на информированное согласие и уважение его личных границ. Этичное информирование способствует созданию атмосферы взаимного уважения и поддержки, что положительно влияет на исход лечения и качество медицинской помощи.

Таким образом, настоящим обучением мы преследуем следующие цели:

1. Преодолеть разрыв между теоретическим знанием и повседневной практикой.
2. Адаптировать международный опыт к реалиям российского здравоохранения с учетом временных ограничений и специфики пациентов.
3. Предложить и объяснить инструменты и навыки, помогающие в коммуникации.

Актуальность внедрения протокола

Современная медицина требует не только технического и научного прогресса, но и развития высоких коммуникативных навыков у медицинских специалистов. В условиях увеличения информированности пациентов и повышения требований к этическим стандартам медицинской практики внедрение стандартизированного протокола сообщения диагноза становится

важнейшим условием повышения качества медицинской помощи, укрепления доверия между врачом и пациентом, а также обеспечения соблюдения прав пациента на информированное согласие и уважение его личных границ. Такой протокол способствует более этичному, чуткому и эффективному взаимодействию, что в конечном итоге положительно сказывается на исходе лечения и общем уровне медицинской этики.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭТИЧНОГО СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА

Этические принципы в медицинской коммуникации

Этичное сообщение диагноза базируется на ключевых принципах медицинской этики: уважении к личности пациента, доброжелательности, честности и конфиденциальности. Врач обязан учитывать права пациента на получение полной и понятной информации, его право участвовать в принятии решений относительно своего здоровья, а также проявлять чуткость к эмоциональному состоянию пациента. Соблюдение этих принципов способствует формированию доверительных отношений и повышает качество медицинской помощи.

Правовые аспекты и права пациента

Законодательство большинства стран закрепляет право пациента на получение достоверной и своевременной информации о состоянии здоровья. Врач должен строго соблюдать принципы информированного согласия, обеспечивая прозрачность и доступность информации, а также уважая личные границы пациента. Нарушение этих прав может привести к юридическим санкциям, ухудшению доверия и снижению эффективности лечения.

Психологические особенности восприятия диагноза

Восприятие диагноза у пациентов значительно варьируется в зависимости от их психологического состояния, уровня образования, культурных особенностей и личных характеристик. Пациенты могут испытывать широкий спектр эмоций — страх, гнев, отчаяние или апатию. Врачам важно учитывать эти реакции, адаптировать стиль коммуникации и оказывать эмоциональную поддержку, чтобы снизить стресс, обеспечить понимание и содействовать психологической адаптации пациента.

ОБЗОР ПРОТОКОЛА ЭТИЧНОГО СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА

История создания и развития

1990 год отмечен множеством исследований, доказавших кризис медицинской коммуникации и продемонстрировавших системные проблемы в общении врачей и пациентов. Одновременно стал очевиден факт отсутствия единого стандарта обучения коммуникативным навыкам в медицинском образовании. Джонатан Сильверман (Кембриджский университет), клинический врач со специализацией в паллиативной помощи и автор фундаментальных работ по медицинской этике и коммуникации, совместно с Сюзанной Керц (Университет Калгари), экспертом в разработке образовательных программ для врачей, приступили к систематизации данных по эффективному общению. Уже в 1996 году вышла первая публикация модели в книге "Skills for Communicating with Patients" («Навыки общения с пациентами»), позже модель адаптировалась для различных медицинских специальностей. А в 2005 году она была включена в образовательные стандарты Великобритании и Канады.

Исследования, которые сопровождали разработку и внедрение модели, подтвердили ее эффективность: точность диагностики повысилась на 32% за счет более полного сбора информации (Kurtz et al., 2003), приверженность лечению и точность соблюдения рекомендаций пациентами повысились на 26% при использовании техник совместного принятия решений (Elwyn et al., 2012), в то же время на 40% снизилось количество жалоб в группах врачей, прошедших обучение по модели (Rider et al., 2014). Положительные эффекты наблюдались в различных медицинских специальностях: онкологии, общей врачебной практике, паллиативной помощи, и далее внедрялись в различные клинические контексты, такие как экстренная медицина, педиатрия, хирургия. Теоретическими предшественниками модели были Балинтовский подход (Michael Balint: акцент на психологическом измерении врачебной практики), биопсихосоциальная модель (George Engel: целостный подход к пониманию болезни) и теория пациентоцентричной помощи (Moir Stewart). Все эти модели характеризуются отказом от медицинского патернализма в пользу сотрудничества, рассматривают коммуникацию как двусторонний процесс обмена информацией, а болезнь — как опыт, переживаемый в конкретном жизненном контексте.

Основные этапы протокола

1. **Подготовка к разговору**
 - 1.1. Оценка состояния пациента и его информационных потребностей
 - 1.2. Выбор подходящего времени и места
 - 1.3. Подготовка необходимых материалов и ресурсов
2. **Начало беседы**
 - 2.1. Создание доверительной атмосферы
 - 2.2. Объяснение цели встречи и подтверждение согласия на разговор
3. **Сообщение диагноза**
 - 3.1. Использование ясных, понятных формулировок
 - 3.2. Постепенное и деликатное раскрытие информации
 - 3.3. Учет эмоционального состояния пациента
4. **Обсуждение и ответы на вопросы**
 - 4.1. Предоставление дополнительной информации по мере необходимости
 - 4.2. Внимательное слушание и эмпатия
5. **Поддержка и план действий**
 - 5.1. Обсуждение дальнейших шагов и вариантов лечения
 - 5.2. Обеспечение эмоциональной поддержки
 - 5.3. Предоставление информационных материалов и контактов для дополнительной помощи
6. **Завершение беседы**
 - 6.1. Подведение итогов
 - 6.2. Уточнение, есть ли дополнительные вопросы
 - 6.3. Обеспечение возможности связаться в случае необходимости

Ключевые принципы и рекомендации

1. Честность и прозрачность
2. Уважение к личным границам и правам пациента
3. Эмпатия и внимательное слушание
4. Индивидуальный подход к каждому пациенту
5. Обеспечение конфиденциальности

Варианты адаптации под разные ситуации

Протокол можно гибко адаптировать в зависимости от типа диагноза, возраста пациента, культурных особенностей и ситуации в клинике. Важно

сохранять основные принципы этики и учитывать индивидуальные потребности каждого пациента.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ И КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНИКИ ПРИ ЭТИЧНОМ СООБЩЕНИИ ДИАГНОЗА

Эффективная коммуникация — это осознанный и стратегический процесс, направленный на достижение конкретных целей через взаимопонимание, в отличие от простой передачи данных. Это навык, который можно и нужно развивать.

Этап 1: Начало консультации

Цель: установить терапевтический альянс и определить повестку встречи. Помните, первые 2-3 минуты определяют 75% успеха консультации.

1. Приветствие и установление контакта

- Приветствовать пациента
- Представиться и назвать свою роль, согласовать присутствие посторонних (медицинская сестра, ассистент, родственники, супруги)
- Установить зрительный контакт на уровне глаз

2. Выявление причины визита

- Открытые вопросы
- Паузы

3. Согласование повестки

- Подведение итогов услышанного
- Определение приоритетов
- Пример: "Я услышала три основные проблемы на настоящий момент: боль в спине, головокружение и бессонницу. С чего начнем?" (При использовании техники согласования повестки на 40% снижается количество "последних вопросов" в конце консультации).

Этап 2: Сбор информации

1. Воронка вопросов:

Открытые → Направляющие → Закрытые

Пример: "Расскажите о боли" → "Где именно болит?" → "Боль острая или тупая?"

2. Техника СОН:

- Что вы сами думаете о **старте** проблемы, с чего все началось?
- Каковы ваши **опасения**, что вас беспокоит в связи с этим?

- **Надежда:** Что вы ожидаете от визита?

3. Активное слушание

Техника эхо: Дословное повторение последних слов

Перефразирование: "Если я правильно понял, вы говорите, что..."

Итоги: "Давайте подытожим то, что мы обсудили"

4. Работа с эмоциями

Валидация чувств: "Я понимаю, что это беспокоит вас"

Нормализация: "Многие пациенты испытывают подобные чувства"

Эмпатический ответ: "Это действительно должно быть тяжело"

Этап 3: Физикальное обследование

Коммуникативное сопровождение

1. Объяснение процесса

- Цель и этапы обследования
- Информирование о возможных ощущениях

2. Поддержание контакта

- Вербальное сопровождение
- Вопросы о комфорте

Пример: "Давление манжеты не слишком сильное? Сообщите, если будет неприятно"

3. Обсуждение предварительных находок

- Немедленная обратная связь
- Избегание преждевременных выводов

Этап 4: Объяснение и планирование

1. Принципы эффективного информирования – делить на части и проверять

- Информация порциями по 2-3 пункта
- Проверка понимания после каждого блока

Пример: "Я объяснил три основных момента. Как вам кажется, все ли понятно?"

2. Использование визуальных материалов:

- Схемы и рисунки
- Модели и макеты
- Информационные брошюры

3. Совместное принятие решений:

- Обсуждение вариантов лечения
- Учет предпочтений пациента
- Оценка рисков

Этап 5: Завершение консультации

1. Резюме ключевых моментов
 - Основные выводы
 - План действий
 - Распределение ответственности
2. Создание безопасности
 - Четкие инструкции на непредвиденные случаи
 - Контакты для экстренной связи
3. Проверка понимания
 - Техника «повторите своими словами»
 - Контрольные вопросы

Сквозные навыки модели

1. Элементы структурирования:

- Логические переходы: "Теперь давайте перейдем к обсуждению лечения"
- Тайм-менеджмент: "У нас осталось 10 минут, что бы вы хотели обсудить?"
- Расставление приоритетов "Это является наиболее срочной проблемой"

2. Инструменты управления временем:

- Таймеры и напоминания
- Правило 80/20: 80% времени на основные проблемы.

3. Построение отношений:

Невербальная коммуникация

- Поза и положение тела: Открытая поза, уровень глаз
- Зрительный контакт: 60-70% времени разговора
- Тон и темп речи: Соответствие состоянию пациента

4. Вербальные техники

- Использование имени: Персональное обращение
- Персонализация: Учет контекста жизни пациента
- Поддержка и ободрение: Вербальное поощрение

Что дает модель в случае сообщения диагноза с неблагоприятным прогнозом?

1. Опору в виде структуры
2. Профилактику трудностей в разговоре
3. Повышение эффективности разговора

Эффективное применение этих навыков способствует гуманному и этичному сообщению диагноза, укрепляет доверие и помогает пациенту лучше справиться с эмоциональными реакциями.

Одной из фундаментальных психологических потребностей человека наряду с безопасностью является определенность. Она позволяет нашему мозгу снизить уровень тревоги и стресса, вызванный неизвестностью. Определенность дает нам ощущение стабильности и безопасности, которое критически важно для эмоционального благополучия. Во время болезни тревога и беспокойство закономерно усиливаются, так как организм и психика находятся в уязвимом состоянии. Физическое недомогание — боль, слабость, температура — само по себе является мощным стрессором, запускающим сигналы опасности. Человек теряет ощущение контроля над своим телом и жизнью, что порождает сильную тревогу о будущем. Мысли начинают крутиться вокруг самых негативных сценариев, особенно если диагноз не сразу ясен. Вынужденная социальная изоляция, будь то постельный режим или карантин, лишает привычной поддержки и усиливает чувство одиночества. Напряжение усугубляет нарушение привычного распорядка дня, из-за которого исчезает опора в виде рутины. Беспокойство также подпитывается финансовыми вопросами, если болезнь мешает работе, и страхом перед возможными осложнениями. Неопределенность и ожидание результатов анализов или эффективности лечения становятся источником постоянного психического напряжения. Кроме того, в состоянии слабости человек часто ищет информацию о симптомах в интернете, что может привести к мнительности и ипохондрии. Таким образом, болезнь создает «идеальный шторм» из физиологических и психологических факторов, которые резко повышают уровень тревоги, в такой ситуации определенность является настоящим лекарством для ментального здоровья.

Исследование Bowesetal (2012) показали, что пациенты использовали Интернет, чтобы быть более осведомленными о своем здоровье, наилучшим образом использовать ограниченное время на консультации у врача и заставить его более серьезно отнестись к их проблеме.

Пациенты ожидали от врачей принятия этой информации, её обсуждения, объяснения, помещения в надлежащий контекст и высказывания своего профессионального мнения, иными словами, они искали **определенности**.

Пациенты были склонны признавать за мнением врача более высокий приоритет, чем за информацией из интернета. При этом если врач выглядел незаинтересованным, пренебрежительным или высокомерным, пациенты сообщали исследователям о вреде, нанесенном отношениям врача с

пациентом, иногда вплоть до иска о непрофессионализме, поисков ещё одного мнения или смены врача.

Современная медицина стремится к партнерской модели, где врач — опытный проводник, а пациент — активный участник пути к здоровью, несущий свою часть ответственности. Но переход к этой модели требует усилий и изменения мышления с обеих сторон.

Этот процесс потребует немало времени, но он является очень важным. Разделение ответственности в диаде «врач — пациент» — это ключ к эффективному лечению и партнерским отношениям. Вот как это можно структурировать:

Ответственность врача:	Совместная ответственность (50/50):	Ответственность пациента:
Предоставление полной и доступной информации. Врач обязан понятным языком объяснить диагноз, варианты лечения (включая их риски, преимущества и альтернативы), прогноз и стоимость. Он должен убедиться, что пациент понял информацию.	Формирование партнерских отношений. И врач, и пациент должны стремиться к открытому диалогу, взаимному уважению и общей цели — здоровью пациента.	Предоставление точной и честной информации. Пациент должен максимально полно и правдиво рассказать о симптомах, образе жизни, принимаемых лекарствах, вредных привычках и предыдущем опыте лечения. Соккрытие информации опасно.
Профессиональная экспертиза и диагностика. Врач несет ответственность за постановку точного диагноза на основе своих знаний, опыта и данных обследований.	Принятие окончательного решения. Выбор тактики лечения — это всегда совместный процесс, где врач дает экспертные рекомендации, а пациент учитывает свои ценности, ресурсы и готовность идти на риски	Активное участие в принятии решений. Пациент не должен слепо подчиняться, а задавать уточняющие вопросы («Какие есть альтернативы?», «Какие риски?»), чтобы понять выбор и согласиться с ним осознанно.

Рекомендация оптимального плана лечения. Основываясь на современных медицинских протоколах и индивидуальных особенностях пациента, врач предлагает наилучшие варианты действий.	Достижение взаимопонимания. Обе стороны должны прилагать усилия, чтобы убедиться, что они поняли друг друга правильно. Врачу стоит использовать технику «повторения своими словами», а пациенту — не стесняться переспрашивать.	Информированное согласие (или отказ). После получения всей информации пациент принимает окончательное решение о предложенном плане лечения и несет за него ответственность вместе с врачом.
Создание атмосферы доверия и безопасности. Врач должен проявлять эмпатию, уважать выбор пациента и соблюдать конфиденциальность.	Обе стороны - и врач, и пациент - должны готовиться к консультации: список вопросов, результаты исследований — все это должно быть под рукой, чтобы максимально эффективно распорядиться временем консультации	Соблюдение договоренностей (комплаенс). Если пациент согласился на план, он ответственен за то, чтобы следовать ему: принимать лекарства по схеме, соблюдать рекомендации по образу жизни и являться на контрольные осмотры.
Контроль процесса лечения. Наблюдение за динамикой, корректировка назначений в случае необходимости, отслеживание побочных эффектов.	Внимательно и вдумчиво относиться к любой информации, критично и конструктивно оценивать непривычную точку зрения.	Забота о своем здоровье в повседневной жизни. Профилактика, здоровый образ жизни, внимание к сигналам своего тела — это зона личной ответственности пациента.

Краткая формула: Врач — эксперт в медицине, а пациент — эксперт в себе самом (своих чувствах, ценностях и возможностях). Эффективное лечение рождается на стыке этих двух экспертиз.

Таким образом, модель ответственности смещается от патерналистской «доктор, я весь в ваших руках» к партнерской «совместное принятие решений». Это снижает риски ошибок с обеих сторон и повышает приверженность лечению.

ЭТАПЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

1. Анализ текущих практик

- Проведение всесторонней оценки существующих методов и подходов к сообщению диагноза.
- Выявление сильных и слабых сторон текущих практик для определения областей, требующих улучшения.

2. Обучение и тренинги для медицинского персонала

- Организация семинаров, мастер-классов и практических занятий для освоения новых протоколов.
- Разработка и распространение учебных материалов, руководств и инструкций для закрепления знаний.

3. Моделирование ситуаций и ролевые игры

- Проведение практических тренингов с моделированием реальных ситуаций для закрепления навыков коммуникации.
- Обсуждение типичных случаев для повышения уверенности и подготовки к различным сценариям.

4. Оценка эффективности и обратная связь

- Мониторинг результатов внедрения протокола через опросы, наблюдения и анализ отзывов.
- Внесение необходимых корректировок и улучшений на основе полученной обратной связи для повышения качества практики.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

1. Создание команды внедрения

- Формирование междисциплинарной рабочей группы, включающей представителей различных отделов и специалистов.
- Назначение ответственных лиц за координацию и контроль процесса внедрения, а также за обучение персонала.

2. Взаимодействие с административным персоналом

- Информирование руководства о целях, этапах и ожидаемых результатах внедрения для обеспечения их поддержки.
- Обеспечение необходимых ресурсов, включая финансовые, материальные и кадровые, для успешной реализации протокола.

3. Документирование и контроль соблюдения протокола

- Разработка внутренних стандартов, регламентов и инструкций, регламентирующих применение протокола.
- Проведение регулярных аудитов и мониторинга для оценки соблюдения протокола и выявления возможных отклонений.
- Организация системы обратной связи для сбора замечаний и предложений, а также внесения своевременных корректировок для повышения эффективности и качества практики.

КЕЙСЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Разбор типичных ситуаций

- Анализ реальных клинических случаев и ошибок, допущенных при внедрении протокола, с целью выявления причин и последствий.
- Обсуждение возможных вариантов решения проблем, а также методов их предотвращения в будущем.

Даже у самого опытного и внимательного врача консультация может пойти по непредсказуемому сценарию. Медицина — это не работа с шаблонами, а живое взаимодействие с уникальным человеком, чья реакция, анамнез и эмоциональное состояние могут преподнести сюрпризы. Внезапная эмоциональная реакция пациента — слезы, гнев или тревога — может полностью перевести фокус беседы с клинических симптомов на необходимость психологической поддержки. Неожиданно всплывшая деталь в конце приема способна перевернуть первоначальную гипотезу и заставить врача заново выстраивать диагностический путь. Это не признак непрофессионализма, а, напротив, доказательство сложности и многогранности процесса лечения, где важно уметь гибко реагировать на изменения.

Кроме того, непредвиденные обстоятельства часто возникают и чисто технически: результаты критически важных анализов могут задержаться и прийти уже после приема, оборудование для осмотра может временно выйти из строя или у пациента внезапно поднимется давление прямо в кабинете, требуя немедленных действий вместо плановой беседы. Искусство врача заключается не в том, чтобы избежать этих ситуаций — это невозможно, а в том, чтобы обладать достаточным опытом и хладнокровием, чтобы адаптироваться к ним, перестроить план на ходу и не упустить ключевые детали, обеспечивая пациенту помощь даже в условиях меняющихся обстоятельств.

Одним из самых трудных моментов, особенно в начале карьеры, является необходимость сообщения плохих новостей. Эта трудность обусловлена комплексом глубоких личных, профессиональных и системных причин.

Вопреки распространенному мифу, врачи не «привыкают» к чужой боли. Сообщая о неизлечимой болезни или смерти, они становятся свидетелями момента крушения надежд и испытывают огромное эмоциональное напряжение, разделяя горе пациента и его семьи. Постоянное столкновение с чужим страданием приводит к эмоциональному выгоранию. Еще одна причина в том, что мы выбираем профессию врача, движимые миссией помогать и лечить. Сообщение плохих новостей ощущается как прямо противоположное действие — акт причинения психологической боли и страдания, что вступает в конфликт с нашей профессиональной идентичностью. Очень часто неэффективность лечения мы воспринимаем как личное поражение. Даже если мы сделали все возможное и даже невозможное в рамках современной медицины. К тому же, мы просто люди, мы тоже боимся: мы не знаем, как человек отреагирует на удар, сможем ли мы справиться со слезами, агрессией, истерикой, полным отрицанием или оцепенением. Боимся вопросов, на которые не сможем ответить: «Сколько мне осталось?», «Почему это случилось со мной?», «Это больно будет?». Врач сталкивается с экзистенциальными вопросами, на которые у медицины часто нет объективных ответов, что вызывает чувство беспомощности.

В условиях цейтнота поликлиники или стационара у врача просто нет выделенных 30-40 минут, чтобы спокойно, без спешки, сообщить новость, выслушать, ответить на вопросы и оказать психологическую поддержку. Это упирается в регламенты и огромную нагрузку. Часто тяжелые разговоры приходится вести в кулуарах отделения, в коридоре или в палате, где нет уединения, что нарушает конфиденциальность и делает процесс еще более травматичным для всех участников. В некоторых коллективах до сих пор сохраняется устаревшая установка, что врач должен быть холодным и дистанцированным, а эмоции — это признак непрофессионализма. Это заставляет врачей подавлять свои переживания, что лишь усугубляет внутренний стресс. Когда врач из-за этих трудностей избегает или откладывает тяжелый разговор, это приводит к еще большим проблемам: подрывается доверие, пациент и его семья чувствуют обман, упускается время для принятия важных решений (например, о паллиативной помощи), и в итоге страдание лишь усугубляется.

Таким образом, трудность сообщения плохих новостей — это не слабость врача, а следствие сложного переплетения человеческих эмоций,

профессиональных вызовов и системных ограничений. Преодоление этой трудности требует специальной подготовки, поддержки со стороны коллег и системы здравоохранения, а также личной осознанности.

В рамках Калгари-Кембриджской модели консультирования существует очень эффективный инструмент, который поможет структурировать и сделать менее травматичной ситуацию сообщения плохих новостей. Это метод «Пробного выстрела» (или «Предварительного сигнала», англ. «Warning Shot»)) — ключевая техника в рамках этапа сообщения тяжелых новостей (Breaking Bad News).

Это стратегия «постепенного, а не внезапного» информирования пациента о серьезном диагнозе или неблагоприятном прогнозе. Её цель — подготовить сознание человека к тяжелой информации, дать ему психологическую опору и возможность выбрать, как двигаться дальше в разговоре.

Суть метода: вместо того чтобы выкладывать диагноз одним прямым и шокирующим предложением (например, «У вас рак четвертой стадии»), врач как бы «предупреждает» пациента, что сейчас последуют серьезные новости. Это позволяет избежать эффекта «туннельного зрения», когда человек от шока перестает слышать и воспринимать все, что говорится после роковой фразы.

Как это работает на практике:

1. Подготовка и настройка

Перед тем как сообщить новость, врач обеспечивает конфиденциальность, присаживается, устанавливает зрительный контакт. Важно проверить, готов ли пациент к разговору: «Вы сейчас готовы обсудить результаты исследований?»

2. «Пробный выстрел» (сам предварительный сигнал)

Это фраза, которая мягко, но четко дает понять, что новости серьезные. Она должна быть «недвусмысленной», но «не окончательной».

Примеры фраз-выстрелов:

Прямой, но мягкий вариант: «К сожалению, результаты анализов оказались не такими хорошими, как мы надеялись».

Более прямой вариант: «Должен сказать, что новости довольно серьезные» или «Ситуация оказалась сложнее, чем мы предполагали».

3. Пауза (Ключевой элемент!)

После «пробного выстрела» следует обязательная пауза. Это самый важный момент. Вы даете пациенту время, чтобы осознать предупреждение, обработать первые эмоции (шок, отрицание, страх), сформулировать вопрос или просто молча собраться с мыслями, проявить готовность (или

неготовность) услышать больше, попросить поддержку (в лице близкого человека).

4. Оценка реакции и продолжение диалога.

Врач наблюдает за реакцией пациента (испуг, слезы, онемение, отрицание) и следует за сигналами. Если пациент молчит и смотрит на врача, можно спросить: «Что вы сейчас чувствуете?» или «О чем вы подумали?».

Если пациент задает вопрос («Это рак?», «Это опасно?»), ответить на этот вопрос честно, но дозированно. Если пациент отстраняется/отрицает («Этого не может быть!»), оказать эмоциональную поддержку: «Я понимаю, что это большой шок. Давайте будем двигаться маленькими шагами».

Только после этого врач, ориентируясь на состояние пациента, начинает постепенно раскрывать диагноз, детали и дальнейшие шаги.

Сравнение двух подходов

Прямой подход (Без «Пробного выстрела»)

Врач: «Г-н Иванов, у вас обнаружили рак поджелудочной железы с метастазами. Нужно срочно начинать химиотерапию». Реакция пациента: Полный шок. Слово «рак» и «метастазы» блокируют все дальнейшее восприятие. Пациент может не услышать ничего из сказанного дальше, почувствовать себя оглушенным и одиноким. В результате возникает высокий риск психологической травмы, непонимание дальнейших шагов, ощущение, что «вынесли приговор».

Метод «Пробного выстрела» Врач: «Г-н Иванов, к сожалению, результаты обследования оказались достаточно серьезными. (Пауза, наблюдение)

«Реакция пациента:» (После паузы) «Серьезными? То есть... что это значит? Это что-то плохое?». В результате пациент психологически настроен на получение плохих новостей. Он сам запрашивает информацию, оставаясь активным участником диалога. Диалог становится сотрудничеством, а не монологом врача.

Почему этот метод так эффективен?

1. Снижает психологическую травму, шок и отрицание, позволяет психике включить защитные механизмы и адаптироваться к тяжелой информации постепенно.

2. Дает пациенту контроль. У человека есть выбор — спросить сразу или взять паузу. Это возвращает ему ощущение контроля в ситуации, где он его быстро теряет. После «пробного выстрела» врач может постепенно раскрывать детали, делая паузы и проверяя понимание. Это предотвращает информационную перегрузку.

3. Укрепляет терапевтический альянс. Врач проявляет уважение к состоянию и чувствам пациента, показывает, что он не просто «выносит вердикт», а идет с ним рядом по этому трудному пути.

4. Повышает усвояемость информации. Пациент, который морально подготовлен, лучше понимает и запоминает дальнейшие объяснения о лечении и прогнозе.

Обратите внимание: метод не подразумевает утаивания информации или смягчения фактов. Это исключительно о «правильном формате и времени» ее подачи, чтобы пациент мог эту информацию принять и переработать с наименьшими потерями. Его цель — подготовить пациента к восприятию сложной информации, снизив психологическую травму и улучшив дальнейшее взаимодействие. Данные о его эффективности и практической пользе для врачей подтверждаются исследованиями и клиническими рекомендациями.

Советы по преодолению трудных случаев:

- Разработка стратегий эффективной коммуникации с пациентами и коллегами для повышения доверия и понимания.
- Использование методов снижения эмоционального напряжения у медицинского персонала, таких как техники стресс-менеджмента и командной поддержки.

Случаи сложных ситуаций:

I. Агрессивная реакция пациента.

Цель: Обезопасить себя и пациента, деэскалировать конфликт и, по возможности, продолжить продуктивное взаимодействие или безопасно завершить консультацию.

1. Обеспечение безопасности (Приоритет №1)

Сохраняйте дистанцию. Немедленно создайте безопасное расстояние (не менее 1.5-2 метров). Не поворачивайтесь к пациенту спиной, но отступите к выходу из кабинета, если это возможно. Никогда не позволяйте агрессивному пациенту встать между вами и дверью.

Заручитесь поддержкой. Если чувствуете, что ситуация выходит из-под контроля, немедленно привлечите внимание коллег. Можно нажать тревожную кнопку (если она есть), громко попросить медсестру или коллегу в коридоре («Мария Ивановна, зайдите, пожалуйста, ко мне на минутку!»). Присутствие второго человека часто снижает накал страстей.

Уберите опасные предметы. Если это безопасно, отодвиньте от себя и от пациента острые или тяжелые предметы (ножницы, степлер, стеклянные мензурки).

2. Правильная вербальная и невербальная коммуникация

Сохраняйте спокойствие. Говорите ровным, низким, уверенным и медленным тоном. Ваше спокойствие — главный инструмент деэскалации. Избегайте резких движений.

Зрительный контакт. Поддерживайте ненапряженный, нейтральный зрительный контакт. Не смотрите пристально и с вызовом (это может быть воспринято как угроза), но и не отводите взгляд полностью (это может быть воспринято как слабость или страх).

Откройте позу. Держите руки на виду, ладонями вверх или в сторону — это невербальный сигнал открытости и отсутствия угрозы. Не скрещивайте руки на груди.

3. Деэскалация и активное слушание

Дайте выпустить пар. Позвольте пациенту высказать свою претензию, не перебивая его первые 30-60 секунд. Часто после первоначального взрыва гнев идет на спад.

Проявите эмпатию и признайте чувства. Не соглашайтесь с оскорблениями, но признайте право пациента на чувства. Используйте формулы:

«Я вижу, что Вы очень расстроены/разгневаны. Это заметно.»

«Я понимаю, что эта ситуация вызывает у Вас сильные эмоции.»

«Давайте разберемся, что именно Вас так рассердило.»

Перефразируйте претензию. Покажите, что вы услышали суть: «Если я правильно понимаю, Вы злитесь из-за долгого ожидания/непонятного объяснения/... Правильно?»

Извинитесь, если есть вина системы. Если ошибка очевидна (например, действительно заставили долго ждать), принесите искренние извинения: «Прошу прощения за то, что Вам пришлось так долго ждать. Постараемся решить Ваш вопрос сейчас»

4. Оценка ситуации и решение о продолжении консультации

Предложить «перезагрузку»: «Давайте мы с Вами успокоимся, и я постараюсь Вам помочь. Я готов Вас выслушать.»

Предложить перенос: Если пациент не идет на контакт, агрессия не снижается или вы чувствуете, что не можете сохранять профессионализм, предложите перенести консультацию: «Сейчас, видимо, не лучшее время для разговора. Давайте перенесем наш разговор на завтра/другой день, когда мы оба будем спокойны и сможем продуктивно пообщаться.»

Принять решение о прекращении консультации. Если пациент представляет физическую угрозу, не соглашается на перенос и продолжает агрессию, вы имеете полное право прекратить консультацию. Четко и ясно скажите: «Я вынужден(а) прекратить наш прием, так как Вы нарушаете правила поведения и угрожаете моей безопасности. Я предложу Вам запись к другому специалисту».

5. После инцидента

Документирование. Внесите запись в медицинскую документацию о инциденте объективно и без эмоциональных оценок. Укажите время, суть претензии, ваши действия, предложение перенести консультацию. Это юридически защитит вас.

Обратиться к руководству. Сообщите о происшествии заведующему отделением.

Позаботьтесь о себе. Агрессия пациента — это сильный стресс. Обсудите ситуацию с коллегами, при необходимости обратитесь к психологу.

Что НЕЛЬЗЯ делать:

Повышать голос в ответ, переходить на крик.

Обвинять пациента, использовать сарказм, читать мораль («Вам должно быть стыдно!»).

Пытаться физически успокоить или задержать пациента (если только нет прямой угрозы жизни и это не самооборона).

Игнорировать угрозы или скрывать инцидент.

II. Отказ пациента от лечения и/или предложенного вмешательства.

Статья 20 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" гласит, что пациент (или его законный представитель) имеет право отказаться от медицинского вмешательства, включая лечение, операции, госпитализацию и реанимационные мероприятия.

Статья 19 Федерального закона № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан" гарантирует право на получение полной информации о состоянии здоровья, методах лечения, рисках и последствиях отказа.

Отказ пациента от лечения — это сложная, но распространенная ситуация в медицинской практике. Грамотный алгоритм действий врача направлен на то, чтобы уважать автономию пациента, но при этом обеспечить его безопасность и минимизировать юридические риски.

Цель: убедиться, что отказ является информированным и добровольным, предложить альтернативы, обеспечить юридическую защиту и сохранить доверительные отношения.

1. Выяснение причин и мотивов отказа

Тактично уточните причину. Не воспринимайте отказ как личную обиду или вызов. Задайте открытые вопросы:

«Расскажите, пожалуйста, что именно Вас смущает в предложенном лечении?»

«Вас что-то беспокоит или пугает в этом методе?»

Определите тип отказа. Причина может быть разной: страх побочных эффектов, финансовые трудности, религиозные или культурные убеждения, недоверие к медицине или конкретному врачу, недооценка тяжести заболевания. От этого зависят ваши дальнейшие действия.

2. Повторное информирование и обсуждение альтернатив

Объясните последствия. Спокойно, без запугивания и нажима, четко и доступно объясните, к каким последствиям может привести отказ от лечения (прогрессирование болезни, ухудшение состояния, развитие осложнений). Используйте формулу «информированное согласие наоборот» — информированный отказ.

Предложите альтернативы. Обсудите все возможные варианты:

«Если Вас не устраивает этот препарат, мы можем рассмотреть другой, с другим профилем побочных эффектов.»

«Если операция пугает, давайте обсудим более консервативные методы лечения, но я должен предупредить, что они могут быть менее эффективны.»

«Возможно, Вам будет комфортнее получить второе мнение у другого специалиста?»

Дайте время на раздумье. Если ситуация не экстренная, не давите на принятие решения немедленно. Предложите пациенту подумать, обсудить с родными и вернуться к разговору позже.

3. Оформление юридического документа — «Добровольного информированного отказа от медицинского вмешательства»

Это обязательный шаг. Если после всех обсуждений пациент настаивает на отказе, его решение должно быть зафиксировано в письменной форме. Разъясните содержание формы. Перед подписанием вслух зачитайте и объясните, что пациент подписывает.

Убедитесь, что он понимает:

1. Какое именно вмешательство он отвергает.
2. Какими могут быть возможные последствия отказа.
3. Что ему были предложены альтернативы.

Подпишите форму. Форму подписывает сам пациент (или его законный представитель), лечащий врач и как минимум один свидетель, лучше, если это будет второй врач. Если пациент отказывается подписывать отказ,

необходимо сделать соответствующую запись в медицинской документации и заверить ее подписями свидетелей.

4. Действия после оформления отказа

Внесите запись в медицинскую карту. Детально опишите в истории болезни:

Суть предложенного лечения. Все разъяснения, которые были даны пациенту (риски, последствия отказа). Предложенные альтернативы. Причину отказа, которую назвал пациент. Факт оформления формы информированного отказа.

Отказ от конкретного лечения — не равно отказ от медицинской помощи в целом. Продолжайте наблюдать пациента, назначать симптоматическую терапию, давать рекомендации по образу жизни. Оставьте «дверь открытой»: «Если Вы передумаете или Ваше состояние ухудшится, немедленно обращайтесь ко мне или вызывайте скорую. Я всегда готов Вам помочь».

Что НЕЛЬЗЯ делать:

Давить на пациента, манипулировать, запугивать или проявлять негативные эмоции (гнев, раздражение).

Обесценивать страхи и опасения пациента, проявлять сарказм

Прекращать общение (полностью прекращать наблюдение).

Игнорировать оформление письменного отказа, ограничиваясь устной договоренностью.

III. Общение с родственниками пациента при отсутствии согласия пациента на разглашение информации

Цель: Строго соблюсти врачебную тайну и право пациента на конфиденциальность, сохранив при этом конструктивный диалог с родственниками и направив их к законным способам получения информации.

1. Подготовка и установление фактов

Проверьте документацию. Перед разговором проверьте медицинскую карту и информированные согласия. Убедитесь, что там действительно нет оформленного добровольного информированного согласия на разглашение сведений медицинской тайны конкретно этим родственникам.

Уточните статус. Если возможно, деликатно уточните у самого пациента (если он в сознании и способен к коммуникации), готов ли он дать согласие на общение с конкретными родственниками. Не давите, просто информируйте: «Ко мне подходят ваши родные, хотели бы узнать о вашем состоянии. Как вы на это смотрите?»

2. Первый контакт и установление границ

Проявите эмпатию и понимание. Начните разговор с признания их чувств: «Я понимаю, как вы беспокоитесь за [Имя пациента]. Это совершенно нормально в такой ситуации.»

Четко и однозначно сообщите о правовом ограничении. Спокойно, но твердо объясните главное правило:

«В соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а также врачебной этикой, вся медицинская информация о пациенте является врачебной тайной. Поскольку [Имя пациента] не предоставил(а) нам письменного согласия на разглашение этой информации третьим лицам, в том числе и близким родственникам, я не имею права сообщать вам какие-либо детали о его/ее диагнозе, прогнозе или лечении.»

Избегайте двусмысленностей. Нельзя давать информацию «намеками», кивать, жестами или изменением выражения лица показывать что-либо. Ваша позиция должна быть абсолютно прозрачной и непротиворечивой.

3. Перенаправление инициативы и предложение конструктивного пути

Направьте к пациенту. Объясните, что единственный законный способ получить информацию — это обсудить это напрямую с самим пациентом: «Лучше всего, если вы сами поговорите с [Имя пациента]. Если он/она сочтет нужным, то сможет рассказать вам всё, что сочтет необходимым, или же лично дать нам разрешение на беседу с вами.»

Предложите общий формат общения. Вы можете общаться с родственниками, не нарушая тайну: «Что я могу делать, так это выслушивать вас. Вы можете сообщать мне любую информацию, которую считаете важной о его/ее привычках, анамнезе, домашних обстоятельствах. Это может помочь нам в лечении. Я могу принимать от вас общие вопросы и пожелания по уходу, которые затем обсужу с самим пациентом.»

В критической ситуации (без сознания, недееспособность). Если пациент недееспособен, то его законный представитель (опекун) имеет право на информацию. Запрос должен поступать от этого человека и, предпочтительно, при наличии подтверждающих документов.

4. Действия в случае давления или агрессии

Сохраняйте спокойствие. Не поддавайтесь на провокации, не переходите на повышенные тона.

Повторите правовую норму. Еще раз ссылайтесь на закон: «Я вынужден(а) действовать в рамках закона. Нарушение врачебной тайны влечет за собой серьезную юридическую ответственность для меня и лечебного учреждения.»

Привлеките руководство. Если давление продолжается, вежливо предложите подключить к разговору администрацию (заведующего отделением, юриста): «Если у вас есть сомнения в правильности нашей политики, я могу пригласить моего руководителя, чтобы он разъяснил вам позицию учреждения.»

5. Фиксация факта обращения

Внесите запись в медицинскую документацию. Кратко зафиксируйте в истории болезни: «[Дата, время]. К врачу обратились лица, представившиеся родственниками пациента [ФИО пациента] с запросом информации о состоянии здоровья. В связи с отсутствием информированного согласия со стороны пациента в предоставлении информации было правомерно отказано. Родственникам разъяснены положения закона о врачебной тайне.»

Что НЕЛЬЗЯ делать:

Делиться информацией под давлением, из жалости или потому что «они свои».

Подтверждать или опровергать догадки родственников («Значит, у него все-таки рак?»), а вы в ответ молчите или меняетесь в лице).

Давать общие формулировки, которые можно истолковать однозначно («состояние тяжелое», «прогноз неблагоприятный»). Даже это является разглашением врачебной тайны.

Обсуждать пациента с коллегами в присутствии родственников или в общедоступных местах.

Этот алгоритм защищает не только пациента, но и самого врача от юридических и профессиональных рисков.

В заключительной части мы хотели бы напомнить еще об одном очень важном аспекте медицинской коммуникации - о значении обратной связи.

Обратная связь (Feedback) — это процесс предоставления человеку информации о том, как его действия, поведение или результат работы воспринимаются и оцениваются другими. Это не просто критика или похвала, а целенаправленный информационный обмен, главная цель которого — не констатация факта, а изменение и улучшение будущих действий, поведения или результатов.

По своей сути обратная связь является ключевым механизмом любой саморегулирующейся системы. В технике это позволяет поддерживать стабильность (как термостат в кондиционере), в живых организмах — поддерживать гомеостаз. В человеческом общении она выполняет ту же роль — корректирует поведение и выравнивает понимание между людьми.

Значение обратной связи в профессиональной среде

Для врача обратная связь является инструментом роста и обеспечения безопасности. Качественная обратная связь от коллег и наставников помогает совершенствовать клиническое мышление, коммуникативные навыки, выявлять слепые зоны в работе.

Адекватная обратная связь от пациентов позволяет понять, насколько эффективно и комфортно было взаимодействие, как была донесена информация. Является основной точкой роста.

Обратная связь — это не односторонний упрек, а диалог. После предоставления обратной связи важно спросить мнение собеседника, обсудить возможные решения и договориться о дальнейших действиях.

Она дает возможность увидеть себя со стороны, понять последствия своих действий, скорректировать поведение, помогает выстраивать более открытые и доверительные отношения, решать проблемы на ранних стадиях, формировать желаемую среду вокруг себя и, как результат, способствует профессиональному росту.

Только традиция качественной обратной связи в коллективе или сообществе создает культуру открытости и непрерывного улучшения, повышает общую эффективность и предотвращает накопление ошибок и недовольства.

Обратная связь — это не критика, а «корректировка курса», жизненно необходимая для любого, кто стремится к развитию, будь то врач, управленец или любой другой профессионал. Это мост между тем, что было, и тем, что может стать лучше.

Алгоритм эффективной обратной связи в медицинской практике

Цель: освоить технику конструктивной обратной связи, которая мотивирует на развитие, а не вызывает защитную реакцию.

1. Подготовка к разговору

- Определите цель: чего вы хотите достичь? (Исправить ошибку, улучшить навык, отметить успех, повысить безопасность).
- Соберите факты: будьте максимально объективны. Перепроверьте информацию, если это необходимо (например, просмотрите историю болезни, записи в журнале).
- Выберите подходящее место: конфиденциальность очень важна. Разговор должен быть с глазу на глаз. Никогда не давайте критику при коллегах или пациентах.

- Выберите подходящее время: давайте обратную связь как можно ближе к событию, но только когда обе стороны спокойны и готовы к диалогу. Не делайте этого на бегу или в состоянии стресса. Здесь эффективно работает правило 24/7: лучше провести разговор в течение 24 часов после события или подождать 7 дней, если эмоции еще слишком сильны.

2. Структура проведения беседы

Используйте проверенные модели:

Модель «Бутерброда» (Устаревшая, но иногда уместная для мягкой критики)

1. Позитивное начало (Ломоть хлеба). Начните с сильных сторон или признания усилий.

- «Иван, я ценю, как ты быстро организовал забор анализов у этого сложного пациента».

2. Конструктивная критика (Начинка). Собственно, предмет разговора.

- «Однако я заметил, что при этом был нарушен протокол стерильности...»-

3. Позитивное завершение/поддержка (Ломоть хлеба). Закрепление и предложение помощи.

- «Я уверен, что ты способен это исправить. Давай вместе еще раз пройдемся по этому протоколу».

Более эффективная и современная модель — СПП (Ситуация — поведение — последствия) Эта модель исключает оценку личности и фокусируется на конкретных действиях и их последствиях.

1. Ситуация: Четко обозначьте, когда и где это произошло.

- Вчера, во время обхода в 5-й палате, когда мы говорили с пациентом Н. о его диагнозе.

2. Поведение: Опишите конкретное, наблюдаемое поведение без оценок и интерпретаций.

- «...я заметил, что ты перебил меня и сообщил пациенту полный прогноз, хотя мы договаривались делать это постепенно.»

- НЕПРАВИЛЬНО: «Ты был грубым и непрофессиональным».

3. Последствие: Объясните последствия этого поведения на пациента, команду, процесс или самого человека.

- «...в результате пациент выглядел сильно напуганным и растерянным, и мне пришлось потратить еще 20 минут, чтобы снизить его тревогу. Это также нарушило наш общий план коммуникации.»

После описания по модели переходите к диалогу:

4. Пауза и выслушивание: Дайте человеку возможность отреагировать. Задайте открытый вопрос:

«Как ты сам видишь эту ситуацию?»

«Что ты думаешь по этому поводу?»

5. Совместный поиск решения (Сфокусируйтесь на будущем):

«Как мы можем избежать этого в будущем?»

«Что тебе нужно, чтобы действовать иначе? Может, потренироваться?»

Предложите свой вариант: «Давай в следующий раз перед сложным разговором будем заранее обговаривать план».

3. Ключевые принципы (Как это делать)

Будьте конкретны: Избегайте общих фраз («Ты всегда...», «Ты никогда...»). Говорите о конкретном случае.

Концентрируйтесь на поведении, а не на личности, критикуйте не человека, а его конкретные действия. Не «ты невнимательный», а «ты не сверил данные с историей болезни».

Предлагайте решение и поддержку, обратная связь без предложения путей решения — это просто критика. Спросите: «Чем я могу помочь?»

Сохраняйте уважение и эмпатию, помните, что ваша цель — помочь коллеге стать лучше, а не унижить его.

Соотношение 3:1 (Позитив: Негатив): старайтесь, чтобы позитивной обратной связи и поддержки было в разы больше, чем критики. Это создает атмосферу доверия.

4. Особые ситуации

Критика старшего коллеги: Будьте особенно тактичны. Используйте вопросы: «Профессор, у меня есть вопрос по тактике ведения пациента Н. Помогите разобраться, почему был выбран именно этот метод?» Это проявляет уважение и инициирует обсуждение.

Критика в стрессовой ситуации (например, после неудачной реанимации): Отложите детальный разбор. Сначала проведите «дебрифинг» — обсуждение с акцентом на поддержку и извлечение уроков без поиска виноватых.

Получение обратной связи: Умейте ее благодарно принимать. Скажите: «Спасибо» и подумайте над сказанным, даже если не согласны.

Краткая шпаргалка для врача:

1. «ПОДГОТОВЬСЯ:» Факты, время, место.

2. «ОПИШИ:» По модели «СПП» (Ситуация — Поведение — Последствие).

3. «ВЫСЛУШАЙ:» «Что ты думаешь?»

4. «ПРЕДЛОЖИ:» «Как нам действовать дальше? Чем я могу помочь?»
5. «ЗАКОНЧИ» на позитивной ноте или плане действий.

Этот алгоритм превращает обратную связь из стрессового события в инструмент профессионального роста и повышения качества медицинской помощи.

5. Обратная связь от пациентов и врачей

- Регулярный сбор отзывов и предложений от пациентов и медицинского персонала для оценки эффективности внедрения протокола.
- Внедрение полученных рекомендаций и улучшений в практику для повышения качества оказания медицинской помощи и удовлетворенности всех участников процесса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

I. Итоги и перспективы

Основа эффективной коммуникации в медицине — это не только модели и техники, но и глубинные установки и невидимые навыки, которые часто остаются за кадром. Вот что не менее важно, о чем мы не говорили прямо:

1. Работа с собственным эмоциональным состоянием (саморегуляция врача). Прежде чем управлять эмоциями пациента, врач должен научиться управлять своими собственными, осознавать свои эмоции (раздражение, усталость, беспомощность, симпатия/антипатия к пациенту) и не позволять им влиять на профессиональное общение. Испуганный или раздраженный врач не может успокоить пациента. Выгорание и усталость напрямую влияют на качество коммуникации.

Что поможет: «Техника «стоп-кадр»:» Сделать микропаузу на 2-3 секунды, чтобы осознать свою эмоцию («Я сейчас раздражен»), и сознательно выбрать дальнейшую реакцию. «Рефлексия:» После сложной ситуации спросить себя: «Что я сейчас чувствую? Почему?».

2. Культурная компетентность и работа с предубеждениями. Коммуникация не существует в вакууме, на нее влияют культурные, социальные и личные истории обоих участников. Понимание и уважение культурных, религиозных, социальных особенностей пациента влияют на его восприятие болезни и лечения. То, что является нормой для одного, может быть оскорблением для другого (например, прямой взгляд в глаза, вопросы о семье, обсуждение смерти).

Задавайте вопросы уважительно, доброжелательно и искренне «Есть ли какие-то культурные или религиозные особенности, которые мне важно учесть в вашем лечении?». Избегайте стереотипов и постоянно проверяйте свои собственные неосознанные предубеждения.

3. Умение мета-коммуникации, разговора о самом разговоре. Это «высший пилотаж» коммуникации — способность обсуждать сам процесс общения. Если вы чувствуете, что разговор зашел в тупик, вы можете остановиться и обсудить это. Это позволяет преодолеть барьеры и недопонимание: «Я чувствую, что мы с вами немного заблудились. Давайте вернемся к главному. Что вас беспокоит?» «Мне кажется, мои объяснения слишком сложны. Давайте я попробую объяснить по-другому?» «Я вижу, что эта новость вас очень расстроила. Может, сделать паузу?»

4. Молчание как мощный коммуникативный инструмент. Мы говорили о паузах, но не выделяли молчание - сознательное использование тишины, чтобы дать пространство для мыслей и чувств. Молчание дает пациенту время осознать информацию, сформулировать вопрос, прочувствовать эмоцию. Оно показывает уважение к его внутреннему миру.

Как применять: после заданного вопроса или сообщения тяжелой новости — выдержать паузу (даже если она кажется некомфортной). Не спешить заполнять тишину словами.

5. Влияние организации пространства. Терапевтическая коммуникация происходит не только на словах, но и в пространстве. То, как организован кабинет, напрямую влияет на контакт. Экран монитора между врачом и пациентом создает барьер. Стул пациента, поставленный по другую сторону стола, создает дистанцию.

Идеальная расстановка: рабочий стол и кресла расположены так, чтобы врач и пациент могли сидеть под углом 90-120 градусов друг к другу (поза сотрудничества, а не противостояния). Монитор повернут так, чтобы при необходимости его можно было показать.

Таким образом, эффективная коммуникация — это не только то, «что» ты говоришь, но и «кто ты» в этот момент (твое состояние), «где» происходит разговор (физически и цифрово) и «с кем» (учет его уникальности). Это комплексный навык, который интегрирует в себе технику, эмоциональный интеллект, культурную чуткость и организационные решения. И эти аспекты — то, что превращает хорошего врача в великого коммуникатора.

Предлагаем вам чек-лист, который поможет структурировано анализировать и улучшать свои коммуникативные навыки после или даже во время приема.

Чек-лист самоконтроля врача по Калгари-Кембриджской модели

Назначение: Для рефлексии после консультации.

Отмечайте галочками те пункты, которые удалось выполнить, и выделяйте те, над которыми нужно работать.

Дата приема: _____

Инициалы пациента (для конфиденциальности): _____

1. Начало консультации (Инициирование сессии)

- [] Установил контакт: поприветствовал пациента, представился, назвал свою роль.
- [] Создал комфортную атмосферу: предложил сесть, выдержал паузу, не торопился.
- [] Выяснил причину визита: задал открытый вопрос («Чем я могу вам помочь?», «Что привело вас ко мне сегодня?»).
- [] Кратко резюмировал проблемы, которые пациент хочет обсудить, и согласовал план беседы («Итак, сегодня мы обсудим... это всё?»).

2. Сбор информации

- [] Использовал открытые вопросы в начале опроса.
- [] Активно слушал: использовал приемы вербального («Понятно», «Расскажите подробнее») и невербального (кивок, зрительный контакт) подтверждения.
- [] Применял технику «подтверждения и перефразирования»: резюмировал сказанное пациентом, чтобы проверить понимание («Итак, если я правильно понял, боль появляется после еды...»).
- [] Выяснил про СОН (Старт, что было началом и причиной; Опасения – что пугает и тяготит больше всего; Надежды – чего хотелось бы в данной ситуации)
- [] Логично структурировал опрос, переходя от жалоб к анамнезу.

3. Структурирование консультации

- [] Использовал «вербальные знаки» для навигации пациента по консультации («А теперь давайте перейдем к осмотру», «Хорошо, теперь давайте обсудим план действий»).
- [] Резюмировал ключевую информацию на стыке этапов (перед переходом к обсуждению диагноза или плана).
- [] Следил за временем, но не показывал пациенту свою спешку.

4. Построение взаимоотношений

- [] Проявил эмпатию: отреагировал на вербальные и невербальные сигналы пациента о его переживаниях («Я вижу, это вас очень беспокоит»).
- [] Поддерживал партнерство: использовал местоимение «мы»
- [] Проявил уважение и интерес к личности пациента, его мнению.

- [] Был гибким в общении, подстраивался под стиль и эмоциональное состояние пациента.

5. Объяснение и планирование

- [] Выяснил исходный уровень знаний пациента о его проблеме («Что вы уже знаете о своем заболевании?»).

- [] Давал информацию порциями, используя принцип «сэндвича»: небольшой блок информации -> проверка понимания -> следующий блок.

- [] Использовал понятный язык, избегал или пояснял медицинский жаргон.

- [] Применял визуализацию (рисовал схемы, показывал на моделях, использовал брошюры).

- [] Проверил понимание с помощью техники «teach-back» (повторение): «Чтобы я был уверен, что все объяснил ясно, не могли бы вы своими словами повторить, как вы будете принимать это лекарство?».

- [] Обсуждал план совместно, а не диктовал его: предлагал варианты, обсуждал «за» и «против», учитывал предпочтения, ресурсы и образ жизни пациента.

- [] Достиг взаимного согласия по плану действий.

6. Завершение консультации

- [] Кратко резюмировал ключевые моменты: диагноз, план действий и его обоснование.

- [] Уточнил, остались ли вопросы («Какой у вас последний вопрос ко мне?» — работает лучше, чем «Вопросы есть?»).

- [] Договорился о следующем шаге (дата контрольного визита, план наблюдения).

- [] Обеспечил безопасность («Если что-то пойдет не так или появятся новые симптомы, вы знаете, куда обратиться»).

Что получилось особенно хорошо?

Над чем стоит поработать в следующий раз?

1. _____

2. _____

Цель на следующую консультацию: Сфокусироваться на

Как использовать этот чек-лист: Первое время проходите по нему после каждого 3-4 приема, затем — выборочно. Можно фокусироваться на одном-двух навыках в неделю. Идеально — записывать свои консультации на диктофон (с согласия пациента!) для последующего детального разбора.