Этико-психологические аспекты работы врача с онкологическими пациентами

Данилова С.Л., заместитель главного врача
ГБУЗ АО «АГКБ №6», врач-психиатр

Группы этико-психологических проблем при работе с паллиативными (онкологическими) больными



Врач первичного звена:

продолжительное время сопровождает паллиативного (онкологического) больного.

На него падает тяжкий груз общения с отчаявшимися пациентами и с их иногда достаточно агрессивными родственниками.

для практического врача самым трудным представляется не оказание медицинской помощи этой категории больных, а процесс общения с пациентом и его родственниками.



Проблемы психологического реагирования врача (мед. персонала):

Доктор зачастую оценивает свои усилия по лечению паллиативного (онкологического) пациента как **«бесперспективные».**

Избегающее поведение медицинского персонала

Больные раком часто «теряются» персоналом, потому что, как правило, **не способствуют «ощущению успеха».**

Врачу **неприятно осознавать свою беспомощность**, невозможность изменить ход течения заболевания.

Информирование пациента и его родственников о заболевании, общие правила

Статья 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ предусматривает право каждого на получение информации о состоянии своего здоровья.

определяет **субъекта предоставления информации** о состоянии здоровья — **лечащий врач** или другой медицинский работник, принимающий **непосредственное участие** в медицинском обследовании и лечении.

Информация предоставляется пациенту **лично**. Она может быть также предоставлена **законному представителю** либо гражданину, которому пациент доверил ее получение. В этом случае должна предоставляться доверенность.

Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли.

Информирование пациента и его родственников о заболевании, общие правила

Информация о состоянии здоровья может предоставляться **иным гражданам** (близким родственникам, друзьям, сожителям) пациента **только с его согласия.**

Законодательство не уточняет, в каких документах пациент должен зафиксировать свою волю относительно лиц, которым может быть передана информация о его здоровье, однако устанавливает, что **это должно быть сделано в письменной форме.**

Определить таких лиц пациент может в тексте информированного согласия на медицинское вмешательство или врач может сделать соответствующую запись в медицинской карте пациента.

Информирование пациента и его родственников о неблагоприятном прогнозе.

Статья 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ предъявляет особые требования к предоставлению информации **в случае неблагоприятного прогноза заболевания.**

В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться **в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников** (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), **если пациент не запретил сообщать им об этом** и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Данную фразу можно толковать двояко: либо врач изначально должен спросить у пациента возможность передачи информации иному лицу, либо врач при наличии неблагоприятного исхода сам предоставляет информацию, даже если пациент умалчивает о возможности ее передачи иному лицу

Информирование пациента и его родственников о неблагоприятном прогнозе.

Это серьезная этическая проблема, решение которой выглядит не столь однозначным для многих врачей.

врач, находящийся в правовых взаимоотношениях как с пациентом, так и с его родственниками, нередко становится заложником конфликта между ними, а иногда и виновником всех бед.

Урегулировать все возникающие ситуации с помощью права практически невозможно. Закон лишь подчеркивает, что **в центре законодательства в сфере охраны здоровья граждан находятся права пациента, а не его близких родственников**. Врач должен четко представлять границы дозволенного поведения близких родственников в заботе о судьбе самого пациента и не допускать возможных злоупотреблений с их стороны.

Информирование пациента о неблагоприятном прогнозе, аргументы «ЗА»:

Когда не нужно ничего скрывать от пациента, специалистам проще планировать лечение. А **у пациента появляется возможность осознанного выбора медицинского вмешательства.**

Если пациент знает свой диагноз, его **проще убедить в необходимости применения радикальных методов лечения.**

Бороться с конкретным врагом зачастую эффективнее, чем неизвестно с чем.

У пациента появляется возможность получать специализированную психологическую помощь, например, в группах поддержки раковых больных.

Возникает больше доверия в отношениях с родными, которым не приходится делать вид, что все в порядке.

Пациент имеет возможность управлять своей жизнью.

Информирование пациента о неблагоприятном прогнозе, аргументы «ПРОТИВ»:

Непредсказуемые последствия психологического шока.

Негативное влияние самовнушения на состояние больного.

Невозможность адекватной оценки больным своего состояния (дети, пожилые люди, больные с психическими расстройствами).

Информирование пациента о неблагоприятном прогнозе.

Советские деонтологические принципы строились на том, что больным не следует давать полную информацию. Это в части случаев представляется достаточно разумным, т.к. **далеко не все пациенты хотят знать правду.**

Врач принимает решение **индивидуально** каждый раз по каждому данному случаю, учитывая индивидуальные реакции конкретных людей.

Одновременно с открытием диагноза пациенту следует сделать терапевтическое предложение. Тем самым ***врач обещает больному, что не оставит его одного.***

Информирование пациента о неблагоприятном прогнозе, тактика

Выясните, желает человек знать правду или нет, какую информацию о своем заболевании и в каком объеме он желает получить

по четко выраженному желанию пациента врач обязан предоставить ему информацию.

сообщать больному негативную информацию о его состоянии, с одной стороны, в прямой, честной и открытой манере, и, с другой стороны, проявляя эмпатию.

Выбрать место и время

(не проявлять спешки, дать понять, что у вас есть время, не отвлекаться на телефонные звонки и т.п.).

Информирование пациента о неблагоприятном прогнозе, тактика

отказаться от употребления профессионального жаргона, аббревиатур, выходящих за пределы компетенции участников коммуникации;

сообщать информацию короткими речевыми фразами, не прибегая к монологической речи;

делать частые паузы, давая пациенту время обдумать/понять полученную информацию, задать вопросы, уточнить или переспросить;

использовать молчание и невербальные средства общения (например, элементы тактильной коммуникации, зрительный контакт).

Этапы личностного реагирования на онкологическое заболевание. Психологические особенности пациентов

1-я стадия – «шоковая»

2-я стадия – «отрицание»

3-я стадия – «агрессия»

4-я стадия – «депрессия»

5-я стадия – «принятие»

1 стадия – «шоковая» (непродолжительная)

Клинические проявления

тревога, страх, депрессия или желание смерти.

пациент охвачен аффектом и, *как правило,* ***недоступен рациональному психотерапевти-ческому воздействию***

Тактика врача

- Слово «рак» часто воспринимается как синоним слова «смерть», поэтому в первом разговоре с больным (а нередко и в последующем) **целесообразно пользоваться другими терминами** («опухолевидное образование», «измененные клетки» и др.), не скрывая при этом серьезности заболевания и не делая радужных прогнозов.
- **дать выплеснуться эмоциям** пациента
- попытаться **переключить внимание** пациента на другие, менее важные проблемы, указать на необходимость проведения дополнительных исследований
- поддержка врача заключается в **эмпатическом выражении сочувствия и понимания**.

2 стадия – «отрицание»
(достаточно длительно, иногда до конца заболевания)

Клинические проявления

включаются механизмы психологической защиты своего Я.

пациент «забывает» о диагнозе, продолжая жить, как если бы ничего не случилось

некоторые больные ориентируются на нетрадиционные методы лечения

Тактика врача

- *обратить внимание на доминирование у пациента бессознательных механизмов отрицания и вытеснения и* ***не расценивать их как здоровый оптимизм***
- **продуманная аргументация** необходимости лечения (но не запугивание больного)
- *неосторожно сказанное слово о неблагоприятном прогнозе может привести к гневу и агрессии со стороны пациента.*
- ***сотрудничество с родственниками*** *больного, сохраняющими рациональное реагирование на сложившуюся ситуацию.*

3 стадия – «агрессия» (непродолжительная)

Клинические проявления

экстрапунитивное (направленное на других) реагирование с **обвинениями в адрес медицинского персонала,** что защищает пациента от внутреннего конфликта и самообвинительных реакций

идеи магического воздействия окружающих, «околдовывания», «порчи».

не исключен суицид.

возможен категорический отказ больного от дальнейшего лечения и сотрудничества с врачом.

Тактика врача

- дать больному выплеснуть свои эмоции, но сохранить управление ситуацией.
- **Не противоречить и не разубеждать.**
- Можно разделить негодование пациента, если оно справедливо, но лучше отвлечь больного какой-либо деятельностью (хотя бы изложить свои жалобы на бумаге).
- **выжидательная тактика**.

4 стадия – «депрессия» (может быть очень длительной)

Клинические проявления

клиническая картина реактивной депрессии

пациент ничему не сопротивляется, становится апатичным, вялым и безразличным, демонстрирует полное отсутствие интереса к семье и близким, вплоть до безразличия к собственным детям.

высокая вероятность суицида

Тактика врача

- дать высокую оценку личности пациента и его внутреннему миру.
- в этот период очень важна возможность отвлечения пациента (радио, музыка, телевидение и пр.)

5 стадия – «примирение» (нестойкая)

Клинические проявления

ориентация больного не на дальние перспективы, а на сиюминутную жизнь.

меняется восприятие больным временных интервалов. Течение времени как бы замедляется, поскольку оно оценивается пациентом как очень значимое.

Нередко в этой стадии пациенты испытывают особое ощущение свободы, формирование новых личностных смыслов

Тактика врача

- необходимость присутствия около пациента врача или близких людей.
- важно принять версию больного, уметь его выслушать, оказать эмоциональную поддержку.
- обращение к духовной сфере, этическим ценностям.

Психологические реакции членов семьи пациента на его заболевание

не только пациенты, но и члены их семей переживают страх, отрицание,

депрессию и горе по поводу возможной потери.

если врач наблюдал или лечил больного еще до возникновения злокачественной опухоли, **родственники могут упрекать его в невнимании, низком профессионализме, черствости, даже если для этого нет достаточных оснований.**

родственники больного **находятся в состоянии аффекта**, они стремятся обозначить для себя и больного причину возникновения рака или его поздней диагностики, **найти «врага»,** которого можно было бы обвинить в том горе, которое «свалилось» на их семью.

Психологические реакции членов семьи пациента на его заболевание

Нередко у членов семьи накапливается **психологическая усталость** при уходе за тяжелобольными, даже возникает **агрессия** по отношению к нему и одновременно **чувство вины за эту агрессию**

Проблемы, сопровождающие этап терминальной фазы заболевания: необходимость заботиться об умирающем и поддерживать его; необходимость для членов семьи говорить о приближающейся смерти; **столкновение с чувствами расставания и потери.**

Тактика врача в отношениях с родственниками пациента:

врачу очень важно воспринимать недоброжелательный тон или высказываемые ему замечания (зачастую необоснованные) **с учетом того психологического состояния, в котором находятся пациент и его близкие**

врачу **не следует раздувать в себе «пожар» обиды** на этих людей, не способных к справедливой, критической оценке его участия в диагностике заболевания или предыдущем лечении.

Зачастую конфликтные ситуации между врачами и родственниками обусловлены **неумением или нежеланием врача отвечать на волнующие их вопросы.**

Необходимо помнить, что ***профессиональный уровень врача оценивается больным и его родными в первую очередь по его умению общаться.***



Спасибо за внимание!

