

Попова О.В., Патеюк И.В., Околот Ю.Е., Лобашова В.Л.
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

ОБЩЕНИЕ ВРАЧА С ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТОМ: КАК ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОММУНИКАЦИИ

Введение. Межличностное общение в профессии врача выступает одной из важных составляющих всей его деятельности, диалог между врачом и пациентом занимает центральное место в клинической практике. Эффективная коммуникация врача с пациентом пожилого возраста значительно повышает уровень взаимопонимания пациента и врача, степень доверия пациента, точность и результативность лечения, итоговую удовлетворенность и пациента и врача. В гериатрической практике необходимы специальные коммуникативные навыки.

Цель. Изложить основы алгоритма эффективной коммуникации врача с пациентами пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. С использованием основных психологических и методических литературных источников изучены и обобщены актуальные, практически значимые специальные коммуникативные приемы в гериатрической практике и представлен алгоритм эффективной коммуникации врача с пожилыми пациентами.

Результаты. Коммуникация - тип активного взаимодействия между людьми, основная цель которого не просто обменяться мнениями, а договориться! Эффективная коммуникация = договоренность с пациентом и/или его родственниками (сопровождающими). Врач-центрированная модель коммуникации – «врач-пациент», когда врач главный, устарела. Актуальна модель коммуникации «врач-пациент», основанная на взаимодействии и взаимодоговоренности, когда врач имеет свою профессиональную позицию, но при этом уважает и принимает позицию пациента, даже его желания обращаться за мнением другого врача.

Эффективная коммуникация в работе врача с пациентами пожилого и старческого возраста крайне важна - пациенты лучше запоминают, понимают и выполняют назначения, результаты лечения улучшаются, повышается удовлетворенность врача итогами своей работы, снижается риск жалоб. Для эффективности коммуникации с пациентом врачу необходимы *3 основных, взаимосвязанных между собой, навыка общения:*

1. Навыки содержания - о чем врач говорит, содержание его вопросов и ответов.
2. Навыки процесса - как врач говорит, способы его общения с пациентами.
3. Навыки восприятия - о чем врач думает и что чувствует, его способность принять решение, клиническое мышление и навыки решения проблем.

Пожилые люди с нарушением психической функции очень часто приходят к врачу в сопровождении родственников или других лиц. В таких случаях врач меньше внимания уделяет общению и выстраиванию отношений с самим пациентом. Это диктует необходимость особого подхода с применением навыков трехстороннего консультирования. Следует выслушивать и пациента и его родственника (сопровождающего), задавать вопросы, согласовывать план дальнейшего лечения и/или госпитализации как с самим пациентом, так и с его сопровождающим. Сопровождающий может рассказать о состоянии пациента больше, но в центре внимания врача должен быть пациент.

Улучшить качество коммуникации врача с пожилым пациентом помогает использование и улавливание вербальных и невербальных сигналов.

В ходе общения с пожилым пациентом врачу обязательно необходимо выяснение и уточнение целого ряда вопросов:

- Какие конкретные психологические и физические проблемы связаны у этого человека со старением?

- Не подорвали ли потеря слуха или неврологические проблемы способностей этого человека к общению? Если да, то что я (врач) должен делать по-другому?
- Что значит для этого человека болезнь или приближение смерти?
- Если пациент пришел с симптомами недомогания, не указывает ли это на то, что ему нужна совсем другая помощь? Не в депрессии ли он, не одинок ли, боится ли инвалидности и потери независимости, не страшится ли смерти?
- Что я знаю о мире этого человека, о том, что с ним происходило в жизни? Нет ли каких-нибудь ограничений по части медицинского вмешательства и лечения, которые мне надо иметь в виду при определении дальнейших действий?
- Чего этот человек ожидает от меня как от своего врача?
- Помогают ли этому человеку родные или друзья? Должны ли они и хотят ли участвовать в помощи ему, и если да, то как я могу их привлечь?
- Наблюдают ли этого пациента другие врачи или учреждения? Стоит ли здесь вопрос о преемственности медицинской помощи?

Развитие эмпатии в общении с пожилыми пациентами помогает создать доверительные отношения, повысить качество оказываемой медицинской помощи и приверженность к лечению. Ключевые элементы эмпатии в общении с пожилыми пациентами: сострадание - важно проявлять заботу и понимание к проблемам, с которыми сталкиваются пожилые пациенты, демонстрируя готовность помочь и поддержать их в сложных ситуациях; понимание - необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого пожилого пациента, осознавая, что их опыт и восприятие могут отличаться от молодого поколения; эмоциональная поддержка - выражение поддержки и понимания эмоционального состояния пациентов способствует улучшению их психологического благополучия; терпимость ко всем проявлениям возможных недопониманий пациента - помочь пациентам чувствовать себя комфортно.

Алгоритм эффективной коммуникации врача с пожилыми пациентами:

- ✓ Проводить консультации для пожилых пациентов лучше в первой половине дня, так как пациенты чаще всего устают к концу дня.
- ✓ Избегайте отвлекающих факторов на приеме с пожилым пациентом (входящие в кабинет люди, громкие звуки, запахи).
- ✓ Говорите доступным языком; избегайте профессиональной медицинской лексики, используйте короткие предложения.
- ✓ Используйте схемы, рисунки, буклеты на печатной основе, в письменной форме давайте все назначения и рекомендации.
- ✓ Не обсуждайте с пациентом, по возможности, больше одной темы за одну консультацию.
- ✓ Говорите медленно, громко; при скоротечности речи врача пожилой пациент не сможет понять и запомнить важную информацию.
- ✓ Используйте зрительный контакт.
- ✓ Располагайтесь лицом к лицу с пациентом.
- ✓ Отдельно выделяйте и повторяйте самую важную информацию; просите пациента повторить сказанное вами, чтобы при ошибке еще раз повторить пациенту.

Заключение. Предложенный алгоритм, активное использование врачом вербальных и невербальных сигналов с проявлением ключевых элементов эмпатии лежат в основе эффективной коммуникации врача с пожилым пациентом.

Протько Н.Н., Ситник Г.Д.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Беларусь

ДЕЛИРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Введение. Делирий – это расстройство психических функций с нарушениями сознания, внимания, восприятия, мышления, памяти, поведения, эмоций и ритма сон-бодрствование. Предметом рассмотрения в докладе является делирий, который возник вне зависимости от приема психо-активных веществ (рубрика F05 по МКБ10).

Актуальность проблемы определяется широкой распространенностью делирия у пожилых людей, инвалидизирующим характером заболевания, повышенным риском смертности, зависимостью пациентов от постороннего ухода.

Распространенность делирия составляет 0,7% в обществе в целом; 1,8% - в группе лиц 65–69 лет; 10,1% - у лиц старше 85 лет. Часто встречается делирий у пожилых лиц при госпитализациях, т.н. «больничный психоз»: до 56% пожилых пациентов стационаров в целом, 87% - отделений интенсивной терапии, от 11 до 42% пациентов общесоматических отделений.

Модель развития делирия предполагает наличие предрасполагающих и провоцирующих, т.н. триггерных факторов. К предрасполагающим развитию делирия факторам относятся: наличие деменции или когнитивного снижения, существенное снижение зрения/слуха, возраст старше 75 лет, делирий в анамнезе, тяжелая или коморбидная соматическая патология. Триггерными факторами делирия являются: хирургическое вмешательство, физическая травма, одновременный прием более трех лекарственных препаратов, психические травмы, резкое изменение жизненной ситуации, инфекции, интоксикации, острые заболевания.

Клиническая картина делирия включает изменение уровня сознания и внимания; искажение восприятия, зрительные иллюзии и галлюцинации; расстройства мышления - бред, неадекватность, алогичность; амнезию на недавние события; дезориентировку во времени, в месте и собственной личности; гипер- или гипоактивность; нарушения цикла «сон-бодрствование»- ночная бессонница и дневная сонливость; эмоциональные расстройства – депрессия, страх, тревога, гнев, возбуждение, апатия, эйфория; начало обычно быстро; продолжительность – до 6 мес.

Пациент чувствует себя хуже во второй половине дня, ночью. Периоды ажитации, тревоги и гиперактивности могут сменяться апатией, безразличием и сонливостью. Иногда возникают светлые промежутки (от нескольких минут до часа).

Диагноз делирия является синдромальным, а не нозологическим и устанавливается на основании анамнеза, наблюдения за пациентом и оценки психического, неврологического и соматического статуса.

Лечение делирия включает: устранение/коррекцию факторов риска делирия; создание благоприятной окружающей обстановки; правильный уход за пациентом; медикаментозное лечение; профилактику и медицинскую реабилитацию.

Рекомендовано: терапия первичного заболевания; при отсутствии агрессии, суицидальности - в начале лечения - нефармакологические методы; применение психотропных средств - только при гиперактивном делирии; для снятия возбуждения - 2-4мл диазепама 0,5% внутримышечно; длительная терапия делирия предполагает сначала использование атипичных антипсихотиков (кветиапина, хлорпротиксена, оланzapина, рисперидона); только при неэффективности атипичных препаратов – галоперидол; после регресса проявлений делирия - снизить дозу препарата вплоть до полной отмены; при появлении симптомов - возобновить терапию.

Не рекомендовано: назначение стимулирующих препаратов (пирацетам) при

гиперактивном делирии; назначение препаратов, тормозящих ЦНС, при гипоактивном делирии частое применение бензодиазепинов (риск гиперседации, миорелаксации); фармакотерапия делирия у лиц в терминальном состоянии.

Заключение. Таким образом, проблема делирия является актуальной для лиц пожилого возраста. Профилактика делирия, которая заключается в выявлении и коррекции факторов, провоцирующих делирий, а также своевременное выявление и адекватное лечение делирия поможет пожилым пациентам дольше сохранить здоровье и хорошее качество жизни.