

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**УХОД, ОРИЕНТИРОВАННЫЙ НА ПАЦИЕНТА И ЕГО СЕМЬЮ  
АДАптированное клиническое сестринское  
руководство**

**Нур-Султан, 2020**

**УДК 614**  
**ББК 51.1**  
**М 36**

**Рецензенты:**

Молотов-Лучанский Вилен Борисович - д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО «Медицинский университет Караганды»

Мулдаева Гульмира Мендигиреевна - д.м.н., профессор кафедры семейной медицины НАО «Медицинский университет Караганды»

Баширова Татьяна Петровна - директор ТОО «Городской центр первичной медико-санитарной помощи»

Уход, ориентированный на пациента и его семью // Адаптированное клиническое сестринское руководство: Л.Л. Мациевская, А.А Кнаус, Г.К. Каирова // Нур-Султан: Республиканский центр развития здравоохранения, 2020. – 38 с.

**ISBN 978-601-7606-18-3**

Руководство содержит рекомендации для специалистов сестринского дела в целях улучшения ухода, ориентированного на пациента и членов его семьи. В руководстве предоставлены рекомендации, основанные на современных принципах доказательной медицины, для наилучшего ведения и обучения пациентов и членов его семьи.

**УДК 614**  
**ББК 51.1**  
**М 36**

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 11 от 17 июля 2020 г.)

© Мациевская Л.Л., Кнаус А.А., Каирова Г.К.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<b>СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....</b>	<b>4</b>
<b>ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....</b>	<b>5</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>7</b>
<b>1.ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ .....</b>	<b>9</b>
<b>2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>10</b>
<b>3 МЕТОДЫ .....</b>	<b>12</b>
<b>4. РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>12</b>
<b>5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ.....</b>	<b>31</b>
<b>6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА.....</b>	<b>322</b>
<b>7. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА.....</b>	<b>333</b>
<b>ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ.....</b>	<b>344</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>399</b>

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
РКИ	Рандомизированное клиническое испытание
ТиПО	Типовое и профессиональное образование
RNAO	Registered nurses association of Ontario (Ассоциация медицинских сестер Онтарио, Канада)

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Алгоритм** - точное и понятное предписание исполнителю совершить последовательность действий, направленных на решение поставленной задачи

**Вербальная коммуникация** - коммуникационное взаимодействие между индивидами с использованием слов

**Доказательство** - информация, которая является ближайшей к фактическому состоянию проблемы

**Консенсус**- общее согласие по обсуждаемому вопросу, достигнутое в порядке обсуждения, без процедуры голосования

**Качество жизни** – это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами.

**Когортное исследование** - это аналитическое проспективное исследование, проводится для поиска причин, факторов риска, определения прогноза заболеваний

**Компетенции** - интегрированные знания, навыки, умения, отношение и суждение или умение правильно разбираться в ситуации, необходимые для осуществления ухода за больными с соблюдением требований безопасности и этических норм в назначенной роли или обстановке

**Комплаенс** - добровольное следование пациента предписанному ему режиму лечения

**Лечебный альянс** - лишенное невротичности, рациональное разумное отношение, которое складывается у пациента во взаимоотношениях с медицинскими работниками

**Межпрофессиональная группа по уходу** - группа, состоящая из нескольких медицинских работников, которые осуществляют совместную работу для предоставления комплексного и качественного медицинского ухода, и услуг людям, находящимся в медицинских учреждениях

**Мета-анализ** - объединение результатов нескольких исследований методами статистики для проверки одной или нескольких взаимосвязанных научных гипотез, обобщение количественных данных двух и более исследований с определением средних показателей

**Мотивация** - побуждение к действию; психофизиологический процесс, управляющий поведением пациента, задающий его направленность, организацию, активность и устойчивость; способность пациента деятельно удовлетворять свои потребности

**Мультидисциплинарная команда** – команда различных специалистов системы здравоохранения, работающих совместно для оказания современной и качественной помощи и услуг пациентам внутри одного медицинского учреждения и/или между несколькими медицинскими учреждениями.

**Невербальная коммуникация** - коммуникационное взаимодействие между индивидами без использования слов (передача информации или влияние друг

на друга через образы, интонации, жесты, мимику, пантомимику, изменение мизансцены общения)

**Обратная связь** - отзыв, отклик, ответная реакция на какое-либо действие или событие

**Переходные стадии процесса ухода** - принятие комплекса действий, направленных на обеспечение безопасной и эффективной координации и непрерывности ухода в медицинских учреждениях или между ними

**Парадигма** - пример, модель, образец

**Рандомизированное контролируемое исследование** - тип научного эксперимента, при котором его участники случайным образом делятся на группы, в одной из которых проводится исследуемое вмешательство, а в другой применяются стандартные методики или плацебо

**Ретроспективное исследование** – исследование, в котором изучаются события, которые произошли до того, как начато исследование

**Систематический обзор** - обзор, который сопоставляет все имеющиеся данные исследований, проведенных ранее, и которые соответствуют заранее определенным критериям приемлемости, для ответа на конкретный исследовательский вопрос

**Случай-контроль** - исследование, в котором сравнивается группа пациентов с конкретным заболеванием или интересующим исходом с группой лиц из той же популяции без заболевания или интересующего исхода

**Чек-лист** - список действий, необходимых для работы

**Уход, ориентированный на пациента** - уход, который основан на отношениях, целью которых является исцеление пациентов (такие отношения включают как эмоциональные, так и физические составляющие), что предполагает привлечение семьи и друзей

## **ВВЕДЕНИЕ**

### ***Как пользоваться клиническим руководством***

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Их использование гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Качественно разработанные руководства способствуют улучшению результатов для пациента. Данное клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Оно также может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

Клинические сестринские руководства - это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а инструмент принятия решений для медсестры. При применении клинического руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Клиническое руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации.

В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. Кроме этого, в начале руководства даны сокращения, термины и определения.

При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное руководство является адаптацией руководства RNAO «Person-and Family-Centred Care» (Май, 2015) и разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2).

В клиническом руководстве представлена рекомендуемая передовая практика, основанная на высококачественных мета-анализах, систематических обзорах.

В приложениях клинического руководства даются алгоритмы действий медицинской сестры расширенной практики, работающей в условиях ПМСП, схемы и опросники, применяемые для пациентов различных возрастных, социокультуральных и нозологических категорий и их семей.

### ***Краткое содержание***

В руководстве подробно описаны рекомендации, основанные на современных доказательных базах данных по пациент- и семейно-ориентированному уходу.

В руководстве предполагается, что с нравственной точки зрения, медицинские работники, демонстрируя пациент-центрированный уход, будут уважительно относиться к пациенту как к целостной личности и его предпочтениям, будут чувствительны в культурном отношении, и будут предусматривать разграничение компетенций в «лечебном альянсе» для улучшения клинических результатов и удовлетворенности качеством медицинской помощи [1, 2, 3].

В руководстве представлены инструменты установления отношений в лечебных целях для подлинного партнерства, непрерывности ухода и совместного принятия решений по уходу.

Имеется информация для медицинских сестер, предназначенная для обсуждения с пациентами и их семьями/ лицами, осуществляющими уход (коммуникации, барьеры для понимания, обучение пациентов).

В приложениях клинического руководства даются рекомендации для медицинских сестер для ухода, ориентированного на потребности пациента и членов его семьи.

### ***Уровень доказательности***

Уровень доказательности - это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций.

В данном клиническом сестринском руководстве уровни доказательности описаны в следующей таблице (Табл.1).

Таблица 1. Уровни достоверности

Ia	Доказательства, основанные на результатах мета-анализа или систематического обзора рандомизированных контролируемых исследований (далее-РКИ) и(или) обобщение множества, в первую очередь количественных, исследований.
Ib	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного рандомизированного контролируемого испытания.
IIa	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного контролируемого исследования без рандомизации.
IIb	Доказательства, полученные по результатам как минимум одного продуманного квазиэкспериментального исследования без рандомизации.
III	Синтез множественных преимущественно качественных исследований.
IV	Доказательства, полученные по результатам продуманных не экспериментальных, наблюдательных исследований, таких как аналитические или описательные исследования и(или)



	качественных исследований.
V	Доказательства, полученные по результатам экспертного заключения или отчетов комитета и(или) клинического опыта авторитетных организаций/специалистов.

## **1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ**

### **1.1 Пациент-центрированный уход**

**Пациент-центрированный уход** - современное направление развития общественного здравоохранения, ориентированное на повышение эффективности оказываемой медицинской помощи населению. Основой концепции пациент-центрированного ухода является ориентация на выявление проблемы пациента, заявляемой при его взаимодействии с системой общественного здравоохранения. В этом случае становится необходимым комплексный подход к организации оказания пациенту медицинской помощи, что можно осуществить в форме командного взаимодействия сотрудников медицинской организации, решив при этом задачи не только диагностики и лечения, но и реабилитации, психосоциального сопровождения, обучения пациентов здоровому образу жизни и профилактики заболеваний. Необходимо отметить превалирующую роль медицинской сестры расширенной практики в обеспечении пациент-центрированного ухода, т.к., именно эта категория медицинских работников наиболее приближена к пациенту и его семье и медицинская сестра может и должна играть ключевую роль в командной работе.

### **1.2. Цель руководства**

Сформировать у целевых пользователей руководства понятие пациент-центрированного ухода и комплайенса пациентов, обучить методологии, принципам реализации биопсихосоциального подхода к рассмотрению заболеваний, навыкам, алгоритмам действий по обеспечению пациент-центрированного ухода, дать навыки и умения командного подхода в работе подразделения медицинской организации для оказания эффективной пациент-центрированной медицинской помощи

### **1.3. Целевые пользователи**

Данное руководство предназначено для специалистов сестринского дела - медицинских сестёр расширенной практики. Также оно может быть использовано другими медицинскими и немедицинскими работниками, вовлеченными в процесс оказания помощи на уровне ПМСП или центра семейной медицины, включая организаторов здравоохранения, врачей общей практики, фармацевтов, реабилитологов, психологов, социальных работников, родственников пациентов.

### **1.4. Целевая популяция**

Целевая популяция для данного клинического сестринского руководства – это пациенты семейного врача или врача общей практики, т.е. прикрепленное население территориальной поликлинической единицы (районная или городская поликлиника ПМСП).

### 1.5. Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве

Какие принципы пациент-центрированного ухода могут и должны быть внедрены в клиническую практику медицинской сестры расширенной практики?

Какие проблемы пациента и его семьи являются важными и приоритетными для решения медицинской сестрой расширенной практики и мультидисциплинарной командой ПМСП?

Каковы оптимальные сестринские стратегии по обеспечению пациент-центрированного ухода и удовлетворенности пациента качеством оказываемой ему медицинской помощи на уровне ПМСП (центра семейной медицины)?

Какое образование и обучение требуется медсестрам при организации, планировании сестринского пациент-центрированного ухода?

## 2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Следующие рекомендации были выделены группой разработчиков руководства в качестве основных клинических рекомендаций, которые должны быть приоритетными для реализации.

Табл.2. Рекомендации с учетом практического опыта

<b>РЕКОМЕНДАЦИИ С УЧЕТОМ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА</b>		<b>уровень доказательств</b>
1.0 Оценка	<b>Рекомендация 1.1:</b> Установите эффективные коммуникации с пациентом и (при необходимости) с его семьёй, используя адекватные стратегии вербальной и невербальной коммуникации, для установления подлинного, доверительного и уважительного партнерства	III
	<b>Рекомендация 1.2:</b> Постройте отношения с пациентом и (при необходимости) с его семьёй, активизирующие его (их) солидарную роль в процессе лечения, реабилитации, выздоровлении или в процессе осуществления сестринского ухода.	Ia
	<b>Рекомендация 1.3:</b> Уточните психосоциальные проблемы, потребности пациента (его семьи), структурируйте его приоритетные мотивы и проблемы в рамках его заболевания	Ia
	<b>Рекомендация 1.4:</b> Документируйте полученную информацию и оформите её согласно утверждённым формам (шаблонам, схемам), выделяя приоритетные	III

	проблемы пациента, используя собственные слова пациента.	
2.0 Планирование	<b>Рекомендация 2.1:</b> При разработке плана оказания ухода пациенту помощи необходимо учитывать приоритеты и цели ухода.	Ia
	<b>Рекомендация 2.2:</b> В процессе реализации плана вмешательств необходимо достичь эффективного комплайенса с пациентом и его семьёй, при этом уважая право пациента на Выбор предпочтительных вмешательств по уходу за ним, путем: 1) Сотрудничества с пациентом для определения его приоритетов и целей относительно медицинского ухода; 2) Обмена информацией для понимания выбора пациентом приемлемых и выбранных им самостоятельно для него вариантов ухода, 3) Уважительного отношения к выбору решения пациента в отношении самого себя и своей жизни.	Ia
3.0 Реализация	<b>Рекомендация 3.1:</b> При сотрудничестве с пациентом сделайте медицинский уход максимально индивидуальным и отвечающим выбору и желанию пациента и его семьи, но не навязанным исключительно медицинскими стандартами, относительно: 1) Плана и составляющих ухода; 2) Ролей и обязанностей при осуществлении ухода; 3) Стратегий коммуникации	Ia
	<b>Рекомендация 3.2:</b> При вовлечении пациента в процесс самостоятельного управления заболеванием применяйте специальные стратегии обучения пациента (или его семьи).	IV
4.0 Оценка	<b>Рекомендация 4.1:</b> Для определения удовлетворенности пациента медицинским уходом, и качеством медицинских услуг в целом получите от него или его семьи обратную связь (используя специальные опросники, анкеты или шкалы).	Ia

5.0 Обучение	<b>Рекомендация 5.1:</b> Для улучшения результатов лечения и удовлетворенности уходом обучайте медицинских сестер следующим принципам пациент- и семейно-ориентированного ухода: 1) расширение возможностей; 2) коммуникативные навыки 3) Совместное принятие решений	Ia
	<b>Рекомендация 5.2:</b> В образовательные программы подготовки медицинских сестер различного уровня (ТиПО, прикладной, академический бакалавриат, постдипломное образование) рекомендуется включить настоящее Руководство	V

### 3 МЕТОДЫ

#### Методы, используемые для сбора и выбора доказательств

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2009-2019 годы.

### 4. РЕКОМЕНДАЦИИ

#### 4.1. Рекомендации по оценке

##### РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1:

Используя адекватные стратегии вербальной и невербальной коммуникации, для установления подлинного, доверительного и уважительного партнерства, сформируйте эффективные коммуникации с пациентом и (при необходимости) с его семьей (Уровень доказательств = III)

В таблице 3 представлены некоторые стратегии вербальной и невербальной коммуникации для оказания помощи медсестрам и членам межпрофессиональной группы в подготовке почвы для построения подлинных, доверительных и уважительных партнерских отношений, в процессе пациент- и семейно-ориентированного ухода.

Таблица 3. Стратегии вербальной и невербальной коммуникации

**Вербальная  
коммуникация**

- Представьте себя (имя) и свой профессиональный статус (должность)
- Спросите пациента, как он предпочитает, чтобы к нему обращались, и всегда обращайтесь к нему таким образом.
- Объясните свою роль и как долго Вы будете вовлечены в процесс ухода за ним.
- Прежде чем приступить к уходу, создайте атмосферу сотрудничества, получив при этом согласие пациента на продолжение осуществления ухода. Это будет гарантией того, что выбрано подходящее для него время, и то, что Вы позаботитесь о нем должным образом.
- Приступая к уходу, потратьте время на то, чтобы объяснить процесс оказания медицинской помощи шаг за шагом и предоставить информацию на понятном и простом языке.
- Следует понимать язык своего тела и проявлять уважение:
  - (а) при изучении истории пациента;
  - (b) при выяснении данных, относящихся к его убеждениям, ценностям, культуре и тому, что он знает о своем здоровье и влиянии состояния своего здоровья на свою жизнь; а также
  - (с) спрашивая его о его ожиданиях относительно ухода за ним.
- Успокойте пациента, если он будет выражать свои страхи.
- Не торопите пациента. Предоставьте ему время, чтобы «переварить» сказанное и задать вопросы или выразить ответную реакцию.
- Не торопясь, попросите пациента рассказать его историю и выяснить вместе с ним, что для него важнее всего при оказании медицинского ухода.
- Используйте позитивную и непредвзятую речь в разговоре. Например, используйте термины с положительными ассоциациями, такими как «потребности в медицинской помощи или диагноз» вместо «проблемы». При уточнении информации, сказанной пациентом, перефразируйте сказанное, используя слова пациента вместо того, чтобы применять свой собственный язык (напр., «Вы сказали, что едите шоколад каждый день» вместо «Вы не соблюдаете диету»).
- Выслушайте, повторите и выразите свое понимание информации (включая мысли и чувства), которую передает пациент при обращении за медицинской помощью и для ухода за ним.
- Настройте свой стиль общения (тон голоса, модуляция,

	<p>громкость речи, паузы и молчание) в соответствии с потребностями пациента (возраст и развитие (для ребенка), когнитивный статус, уровень владения языком и грамотности).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Действуйте в качестве информационного ресурса. Дайте четкую информацию в желаемой для пациента форме общения (письменной, устной), о членах межпрофессиональной группы, вовлеченной в уход за ним.</li> <li>▪ Выясните вместе с пациентом, каким образом он хочет высказать опасения и задать вопросы, уточнить информацию, а также справиться о том, кто несет ответственность по уходу за ним.</li> <li>▪ Предоставьте четкую и своевременную информацию таким образом, чтобы всё сказанное (с оказанием поддержки и проявлением искреннего отношения) носило утвердительный и полезный для пациента характер, а также подтвердите вместе с ним, что эта беседа удовлетворила его потребности.</li> </ul>
<p><b>Невербальная коммуникация</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Активно слушайте, не прерывая; проявляйте открытость; принимайте и обосновывайте то, что говорит пациент</li> <li>▪ Проявляйте сочувствие и заботу (эмоциональный интеллект), чтобы улучшить свое понимание потребностей пациента.</li> <li>▪ Сконцентрируйте свое внимание на пациенте и используйте прямой зрительный контакт (если это соответствует требованиям культурного поведения) для наблюдения за пациентом, пока он говорит.</li> <li>▪ Проявляйте эмоции, которые выражают теплое отношение, доброту, дружелюбие, грусть и сострадание (соответствующим образом), демонстрируя свою отзывчивость к мыслям, чувствам пациента, выражаемым словами, и к ситуации.</li> <li>▪ Проявляйте уважение и вежливость посредством невербального поведения, такого как рукопожатие при первоначальном контакте с пациентом (если это соответствует требованиям культурного поведения), подтверждая то, что Вы слушаете, кивком головой, и сохраняя молчание, чтобы пациент мог высказаться, не прерывая и не торопя.</li> <li>▪ При необходимости, прикоснитесь к пациенту, чтобы успокоить его, памятуя о том, что некоторым людям неприятно, когда до них дотрагиваются (например, культура и неправильное обращение в прошлом или настоящем).</li> <li>▪ Используйте действия, которые демонстрируют</li> </ul>

	<p>эффективность и компетентность при обеспечении медицинского ухода (напр., проявление эффективности, организованности и навыков, при постановке капельницы).</p>
--	--

Для установления подлинного, доверительного и уважительного партнерства могут использоваться различные стратегии вербальной и невербальной коммуникации, группа адаптации руководства рекомендует применение принципов Калгари-Кембридж, как одной из опробованных и эффективных доказательных методик (См. Приложение 1)

## **ОБЩЕНИЕ С ТРЕВОЖНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ И ПАЦИЕНТАМИ С РЕАКЦИЯМИ СТРАХА И ФОБИЯМИ:**

Как распознать скрытую тревожность?

Одна из наиболее частых «маскировок» тревожности *«переименование»*. «Я раздражен; я в напряжении; у меня слабость; я боюсь; мне грустно; я постоянно просыпаюсь по ночам; я не чувствую себя самим собой» — пациенты используют десятки слов и выражений для обозначения состояния тревожности.

Очень часто тревожность выражается *соматическими симптомами*. Большинство пациентов связывают их со специфическими ситуациями, вызывающими тревожность. Однако неправильно называть такие симптомы «функциональными», «на нервной почве» и т.п., поскольку пациент чувствует себя как бы обвиненным в симуляции и жалующимся на что-то фиктивное, поэтому прибегает к отрицанию и другим средствам психологической защиты. Иногда соматические жалобы представляют собой просто способ заявить о своей тревожности. Например, когда пациент жалуется, что у него болит голова в присутствии жены, медицинский работник имеет возможность прояснить проблему: «Кажется, Вы хотите мне сказать, что в присутствии жены по каким-то причинам нервничаете, и Ваша тревожность проявляется головной болью. Если нам удастся узнать, что вызывает у Вас тревожность, мы сможем одолеть эту головную боль». Подобная тактика значительно эффективнее, чем прямое утверждение: «У Вас головная боль на нервной почве». Соматические симптомы не обязательно возникают вследствие тревожности — часто они просто замещают тревожность.

Порой тревожность маскируется *определенными действиями*. Весь спектр навязчивых действий — от стучания пальцами по столу, кручения пуговиц, докучливого моргания глазами, почесывания и до переедания, чрезмерного пьянства или курения, навязчивой потребности покупать вещи может означать тревожность из-за конфликтной жизненной ситуации. Тревожность также нередко скрывается за другими эмоциями. *Раздражительность, агрессивность, враждебность* могут выступать в качестве реакций на вызывающие тревогу ситуации. Некоторые пациенты

сами объясняют, что, когда они начинают испытывать напряжение, то становятся саркастичными, язвительными, трудно уживчивыми. Другие пациенты в подобных ситуациях, наоборот, становятся холодными, скованными, неразговорчивыми. Второй тип реакций обычно выражает внутренний конфликт между бессилием и агрессивностью, и этот конфликт парализует активность. Когда мы сталкиваемся с такими пациентами, их поведение вызывает раздражение и злобу, но одновременно позволяет получить ключ к пониманию проблем, подлежащих разрешению. Ведь окружающие пациентов люди испытывают сходные чувства при общении с ними.

**Многоречивость** - тоже способ маскировки тревожности. Таким образом пациент стремится скрыть свою тревожность и «обезоружить». Словесный поток не следует прерывать, нужно лишь уделить внимание скрывающейся за ним тревожности.

**Непрерывное говорение** – это своеобразная форма самозащиты, которую неосмотрительно сразу ломать. Необходимо сквозь призму собственных чувств проанализировать мотивы многоговорения, имея в виду, что в повседневной жизни пациент точно так же досаждаёт окружающим пустыми разговорами, стараясь и спрятать свою тревожность, и убежать от нее.

Некоторые пациенты, чтобы завуалировать свою тревожность и подавить активность медицинского работника, **постоянно перебивают** его. Иногда разумно прямо спросить, понимает ли пациент, что делает. Прямой вопрос поможет пациенту осознать способ своего поведения в состоянии тревожности.

### РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.2:

Постройте отношения с пациентом и (при необходимости) с его семьёй, активизирующие его (их) солидарную роль в процессе лечения, реабилитации, выздоровлении или в процессе осуществления сестринского ухода. (Уровень доказательств = Ia).

Таблица 4. Поведение, способствующее расширению прав и возможностей

<p><b>Формы проявления</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Проявляйте интерес к пациенту как к целостной личности.</li> <li>▪ Начиная беседу с обсуждения наиболее важных для пациента вопросов.</li> <li>▪ Относитесь с уважением к культурным различиям каждого пациента и его развитию его способности управлять своим здоровьем.</li> <li>▪ Потратьте время на то, чтобы присутствовать и активно слушать (без высказывания своего суждения), чтобы услышать и узнать о ценностях пациента, его убеждениях, культуре,</li> </ul>
--------------------------------	--



	<p>духовности, желаниях, интересах, жизненных обстоятельствах и опыте получения медицинской помощи (приоритеты, проблемы и предпочтения).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Поощряйте пациента к тому, чтобы рассказать свою историю для того, чтобы узнать и извлечь информацию о том, что помогает или препятствует достижению пациентом целей по улучшению своего здоровья.</li> <li>▪ Облегчайте выбор и поддерживайте самостоятельность пациента, а также проявляйте веру в способность пациента принимать решения относительно своего здоровья.</li> <li>▪ Поощряйте пациента для солидарного участия на комфортном ему уровне.</li> <li>▪ Проявляйте сочувствие, когда пациент выражает эмоции.</li> <li>▪ Поощряйте пациента на высказывание своего мнения по любым вопросам, которые у него могут возникнуть, в отношении его потребностей в медицинской помощи и уходе.</li> <li>▪ Предоставьте информацию и пояснения чтобы оказать содействие пациенту в принятии решений, связанных с обеспечением медицинского ухода.</li> <li>▪ Не торопитесь взаимодействовать с пациентом. Предоставьте время, необходимое пациенту, чтобы слушать и впитывать информацию, необходимую для принятия решения.</li> </ul>
--	---

## **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, ИХ РОДСТВЕННИКАМИ И РАЗЛИЧНЫМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:**

### 1. Чего хотят пациенты?

Приоритеты пациентов были обобщены Европейской целевой группой на модели пациентов в общей практике. Наиболее высоко оцененными характеристиками являются:

- Человечность;
- Компетентность/правильность;
- Вовлечение пациентов в принятие решений;
- Время для ухода и лечения.

Пациенты ищут специалиста, который слушает и не торопит их; предоставляет им информацию и возможность для участия. Удовлетворенность пациентов особенно повышается при пациент-центрированном подходе в консультациях. Пациенты хотят быть уверенными в своем специалисте. В одном исследовании было показано, что уверенность пациента уменьшают такие высказывания, как:

- *«Давайте посмотрим, что произойдет»;*
- *«Я не знаю»;*
- *«Надо посоветоваться»;*

- «Я думаю, это может быть...»;
- «Мне не приходилось раньше сталкиваться с этим»;
- «Я не уверен в этом»;
- «Мне нужно время, чтобы узнать больше»;
- «Я должен обратиться к литературе, чтобы узнать о состоянии»;
- «Я должен обратиться в интернет, чтобы узнать о состоянии»;
- «Я должен посоветоваться с другим специалистом».

2. Способен ли пациент изменить свое мнение (взгляды) в процессе лечения?

В процессе взаимодействия и даже в самом начале коммуникации пациент может не соглашаться с мнением клинициста. Поэтому, важно стараться избегать излишнего давления на пациентов при принятии решений, когда они не желают выполнять то или иное решение или необходимое действие. Кроме того, пациенты могут не давать обратной связи, если они чувствуют, что становятся участниками принятия необратимых решений. Пример: *«Меня вынуждают принимать таблетки, но, честно говоря, я просто не хочу, чтобы меня беспокоили. Но я не могу сказать об этом своему врачу».*

Важно знать:

- Пациенты обычно имеют от 1 до 4 заболеваний/проблем со здоровьем;
- Большинство пациентов выражают ясное желание быть хорошо информированными о своем здоровье, диагнозе, прогнозе, этиологии и профилактике, лечении и социальных последствиях;

3. В каких случаях пациент избегает говорить о своих проблемах?

Пациент может сопротивляться или отказываться упоминать проблемы, если он считает:

- Что ничего нельзя сделать;
- Это будет обременять медицинского работника;
- Он покажется неблагодарным;
- Что в обязанности медицинского работника не входит обсуждение их проблем;
- Что их худшие опасения могут подтвердиться;
- Медицинский работник им не симпатичен.

4. Что важно помнить в процессе коммуникации?

а) Медицинские работники часто забывают, что открытое пространство больничной палаты позволяет пациентам с соседних коек слышать истории других пациентов. При интервьюировании пациентов следует последовательно развивать отношения доверия. Такой вид коммуникации называется продвигающая коммуникация.

б) Соблюдение конфиденциальности - важное условие, о котором не должен забывать медицинский работник в процессе коммуникации. В большинстве случаев разговоры «один на один» не являются проблемой. Проблемы возникают, когда люди хотят обсудить вопросы, связанные с другими людьми, обычно родственниками «Меня очень волнует моя сестра, поэтому я хотела увидеть вас». Вы должны решить, где разумная дискуссия выходит за рамки раскрытия информации. Гарантия тайны необходима для пациента.

При этом Вы должны оставаться вежливыми, но твердыми. «Очевидно, я не могу обсуждать это дальше без разрешения Б.».

в) Избегайте медицинской терминологии. Пациенты могут не понять медицинскую терминологию и, что еще хуже, использовать медицинские понятия неправильно. Используйте слова, которые пациент поймет! Отдавайте себе отчет в том, что слова могут иметь разные значения в различных контекстах. Ниже приводится таблица, в которой даны примеры понимания некоторых терминов в их медицинском значении (в противовес пониманию этих же понятий пациентами).

Табл.5. Медицинские термины и примеры их интерпретации пациентом

<b>Термин</b>	<b>Медицинское значение</b>	<b>Понимание пациента</b>
Острый	Быстрое начало	Тяжелое
Хронический	Длительный	Тяжелый
Мигрень	Специфический синдром головной боли	Любая тяжелая головная боль
Рак	Гистологически злокачественный	Всегда смертельный

Медицинскому работнику лучше использовать не термины, а их значение!

5. Какие условия важны для эффективного интервьюирования пациента? Убедитесь, что пациенты могут слышать то, что Вы говорите. Пациенты, которые кажутся неумными (невежественными, недалекими) и слабоумными могут выглядеть такими из-за своей тугоухости или дисфазии. В любом случае не говорите очень быстро и оставляйте паузы для пациента.

Но при этом, старайтесь казаться неторопливым!

В течение нескольких минут интервью Вы должны оценить:

- готов ли пациент к восприятию и общению;
- какие его первоначальные жалобы;
- есть ли какие-то скрытые проблемы;
- на какие еще вопросы Вы должны получить ответы;
- когда и как Вы должны узнать об этом;

Если проблема пациента кажется сложной, то следует сказать: «Нам нужно больше времени для обсуждения этого».

6. Определите свою роль.

Широко распространено предположение, что медицинские работники являются более влиятельными, чем пациенты. При работе с пациентами и их родственниками, клиницист может столкнуться с социальными, финансовыми или личностными проблемами. При попытке решать эти проблемы очень важно установить, когда они находятся за пределами вашей компетенции.

Возможны следующие варианты: *«С этой проблемой лучше обратиться к...»*.

7. Помогите пациенту сосредоточиться на своих проблемах.

Если пациенты словоохотливы, говорливы или чрезмерно концентрированы на своих симптомах, Вы можете сказать: *«Не могли бы Вы помочь мне суммировать главные пункты за одну минуту?»* или: *«Было бы полезно, если бы Вы смогли написать свои жалобы на листе бумаги»* - и Вы решаете, какого размера бумагу Вы даете пациенту! Иногда лучше отложить обсуждения, пока Вы не договоритесь о более длительном приеме.

8. Убедитесь, что интервалы времени четко определены

9. Определите лечение, которое было или есть сейчас.

*«Какие лекарства Вы фактически принимаете сейчас?»* Заметьте, включение слова «фактически» может помочь пациентам показать, что они не принимают все таблетки, о которых Вы думаете. Иногда сам больной может рассказать Вам о злоупотреблении психотропными препаратами или психоактивными веществами!

10. Научитесь, как тактично сказать «Да» или «Нет».

В прошлом простой ответ «да» был однозначным, но сейчас «да» часто кажется менее категоричным, хотя, приглашая пациентов сказать «да, но...», Вы предполагаете услышать от него дальнейшую информацию. Если Вы хотите выразить однозначное «да», скажите: «Абсолютно». Если Вы хотите сказать «нет», но желаете подчеркнуть, что не Вы ответственны за негативность, полезным приемом будет: *«Я боюсь, что ответ должен быть «нет», поскольку...»*.

11. Постарайтесь проявить нейтральный подход.

Оставаться нейтральным особенно трудно в случаях выраженного личностного своеобразия пациента. Что бы Вы не думали о различных группах, ваша работа требует широкого репертуара коммуникативных навыков и терпимости. Некоторые пациенты раздражаются, но никогда не забывайте, что для этого могут быть вполне понятные медицинские или ситуационные причины.

12. Оцените, как проблемы влияют на пациента.

*«Скажите мне, как это влияет на вас?»* или: *«Это может вызвать у Вас проблемы в повседневной жизни: не могли бы Вы рассказать мне об этих проблемах?»*

13. Старайтесь увидеть проблемы с точки зрения пациента.

То, что для вас обычно, может быть очень важным для пациента. Признайте это – *«Я согласен, что это большое беспокойство»*.

14. Не доминируйте.

В частности, при работе с пациентами, находящимися в постели, это помогает спуститься до уровня пациента. Видя кого-то, возвышающегося над собой, буквально говорящего с вами свысока, пациенты могут испытывать особую уязвимость и дискомфорт.

15. Допускайте области неосведомленности.

Речь идет о проблеме разрушения доверия пациента при вашей неосведомленности. Иногда бывает вполне уместным прямо сказать: *«Есть люди, которые знают об этом больше меня»*, но смягчить *«Я посоветуюсь с...»*.

16. **Общайтесь медленно.**

Если у вас много информации, сообщайте ее медленно и предоставляйте паузы для размышлений пациентов. Медленное проговаривание полезно, но говорить надо более обдуманно, неспешно. Среднему пациенту в США выделяют только 22 секунды для первоначальных высказываний, затем врач берет инициативу в свои руки. Швейцарское исследование показало, что около 80% пациентов удовлетворены двумя минутами слушания доктором. Медицинские работники всегда говорят быстрее, чем пациенты, и прерывают чаще.

17. **Поощряйте пациента время от времени.**

Незначительные комментарии, такие как «Да», «Верно» или кивание головой могут убедить пациента в том, что Вы его слушаете и что ваше внимание сконцентрировано именно на нем. Иногда пациенты могут сказать нечто, требующее более существенного, но не обязательного подтверждения. Полезным приемом может быть: *«Удивительно, продолжайте»*. Удивление является, в общем, неподдерживающим выражением. Гибкие интонации также поддерживают интерес: *«У меня никогда не было подобных проблем, но если бы они были, я надеюсь, что смог бы справиться также хорошо, как и Вы»*. Продолжение сообщений также полезно для успокоения пациента в том, что Вам интересно и нужно знать больше:

- *«Как это на Вас повлияло?»*;
- *«Это должно было быть очень волнующим...»*;
- *«Расскажите мне об этом»*;
- *«Пожалуйста, расскажите об этом подробнее»*;
- *«Это важно»*;

Лучше всего развивать собственные техники, используя свою индивидуальность!

18. **Усиливайте позитивность.**

По возможности пытайтесь подчеркивать позитивность. Не: *«Вред курения заключается в...»*, а лучше: *«Преимуществами отказа от курения являются уменьшение частоты...»*.

Подчеркивайте позитивность, даже когда имеются отдельные негативные сообщения.

*«Да, это все плохие известия. Хорошие новости в том, что...»*. Помните, что даже обычный диагноз может быть воспринят как серьезный, особенно если использованы медицинские термины. Следует учитывать, что последнее слово несет в себе особую эмоциональную нагрузку.

19. **Прямые вопросы.**

а) **Закрытые вопросы** являются ценными для определения целей. Но всегда будьте уверены, что ответы «Да» или «Нет» являются адекватными. Такие

вопросы, как: «Это было в июне?» являются ценными для установления определенных событий или наличия специфических симптомов: «Это было болезненным?» или признаков субъективных симптомов: «Когда началась усталость?» или для получения конкретной информации: «Была ли слабость в Вашей левой руке?», «Думали ли Вы о самоубийстве?».

б) Открытые вопросы полезны, когда симптомы могут иметь психодинамическое значение. «Могли бы Вы больше рассказать о вашей жизненной ситуации в тот период, когда эти симптомы появились впервые?». С другой стороны, если у Вас мало времени, вопросы должны быть более конкретными. Расширение вопросов может быть полезным для выявления определенных моментов:

- *«Есть ли что-то еще, что Вы хотели бы мне сказать?»*
- *«Есть ли что-то еще, что Вы должны мне сказать?»*
- *«Что еще я должен знать?»*
- *«Я подозреваю, что это больше, чем то, что Вы мне рассказали»*

за этими выражениями должно следовать выжидающее молчание.

## 20. Направляющие вопросы.

Старайтесь избегать задавать много направляющих вопросов. Направляющие вопросы содержат предположения. «Множественный выбор» направляющих вопросов может быть полезным, когда у пациента имеются трудности в описании. Вопрос: *«Была ли боль острой, тупой, пронзительной, вызванной дыханием?»* предлагает несколько выборов, что позволяет избежать перегрузки пациентам множеством вопросов. Направляющие вопросы могут быть полезны, чтобы помочь пациентам «признать» моменты, которые не могли быть сообщены добровольно. Несоблюдение режима в отношении советов или лекарственного лечения может быть довольно высоким – до 40-50%. Полезные вопросы, помогающие пациентам признать недостаточный комплаенс, включают:

- *«Вы находите трудным принимать таблетки?»;*
- *«Вы можете забыть принять таблетки?»;*
- *«Какую часть таблеток Вы пропускаете?»;*
- *«Когда Вы чувствуете себя лучше, Вы иногда прекращаете принимать таблетки?»;*
- *«Когда Вы чувствуете себя хуже, Вы иногда прекращаете принимать таблетки?»;*

## 21. Потенциально неприятные вопросы.

Всегда объясняйте, почему Вам их нужно задать и иногда сопровождайте их псевдоизвинением: *«Простите, что я спрашиваю об этом, но это важно, поскольку...»*

## 22. Сбор вербальной информации.

Уделяйте внимание использованию таких слов, как: *«Данная боль...»* Это предполагает, что была другая, возможно, похожая, боль. Разбросанное, беспорядочное изложение жалоб может вызвать предположение о скрытой проблеме.

### 23. Разработка неожиданного изменения темы.

Это требует тактичного, но решительного, четкого вмешательства (например, тогда, когда пациент переводит дух). *«Это было важно. Но могли бы Вы рассказать мне о...»*.

С другой стороны, резкое изменение темы пациентом также требует решительного четкого вмешательства - *«Подождите, расскажите мне больше о...»*.

### 24. Невербальное общение.

Зрительный контакт, жесты, Ваша поза являются важными в процессе коммуникации. Хотя и не всегда, но интонации голоса также имеют значение— они могут свидетельствовать об определенном настроении – любви, гневе, скуке, жизнерадостности, нетерпении, радости, печали и удовлетворенности. Старайтесь включать невербальные компоненты в свой коммуникативный репертуар. Глубокий голос выражает власть, в то время как ошибки в речи или нерешительность предполагают, что говорящий - пациент неуверенный или тревожный. Старайтесь избегать таких выражений как *«Вы знаете»* или: *«Как будто»* или *«Э-э-э»*

### 25. Использование языка тела.

Движения рук для подчеркивания каких-то моментов, уместное прикосновение к пациентам и выражение лица могут выразить соответствующее отношение, эмоциональные реакции. Одежда играет роль в невербальной коммуникации. Меняющаяся во времени мода не позволяет давать какие-то конкретные советы, но самое главное - это опрятность. Помните, что язык тела – это дорога с двусторонним движением и что пациенты также улавливают ваши невербальные знаки. *«Хороший»* язык тела приглашает к разговору, – например:

- Наклон, чтобы слушать пациента;
- Поддержание зрительного контакта и внимания;
- Кивание головой.

Отвлекающие невербальные знаки препятствуют эффективной коммуникации:

- Беспокойное верчение ручки;
- Поглядывание на часы;
- Избегание зрительного контакта.

### 26. Важным условием эффективного взаимодействия между медицинским работником и пациентом является резюмирование!

Резюмирование того, что сказал пациент, является полезным инструментом для проверки если у вас есть точное понимание точки зрения пациента.

Оно включает в себя:

- Выделение того, что пациент сказал;
- приглашение пациента для исправления вашей интерпретации и
- обеспечения дальнейшей уточняющей информации;

Преимущества резюмирования:

- Демонстрирует, что Вы слушали внимательно;

- Демонстрирует ваш интерес, как к болезни пациента, так и к его «картине болезни»;
- Дает пациенту возможность объяснять;
- Обеспечивает сбор точной информации;
- Позволяет вам организовать ваши мысли.

### РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.3:

Уточните психосоциальные проблемы, потребности пациента (его семьи), структурируйте его приоритетные мотивы и проблемы в рамках его заболевания (Уровень доказательств = Ia).

Таблица 6. Стремление понять пациента в его целостности, его опыт, связанный с медицинским уходом, предпочтения и потребности

<p>Рекомендуемые вопросы</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Что Вы думаете о своих сильных сторонах и потребностях в медицинском уходе (восприятие, знание и понимание состояния своего здоровья для определения уровня грамотности в сфере медицинского ухода).</li> <li>■ О чем он беспокоится (страхи, тревоги и биопсихосоциальные воздействия на него и его жизнь).</li> <li>■ Его ожидания в отношении ухода (восприятие, желания, предпочтения и ожидания).</li> <li>■ Каковы его приоритеты в отношении ухода и медицинских услуг (что для него сейчас наиболее важно).</li> <li>■ Что он думает о своей способности управлять своим здоровьем, и чувствует ли он, что ему нужна помощь.</li> <li>■ Что, по его мнению, должно быть принято во внимание при планировании, координации и обеспечении медицинского ухода (убеждения, ценности, культура, религия, духовные предпочтения, сексуальная ориентация и т. д.).</li> <li>■ Кого он желает привлечь к оказанию для него медицинской помощи (круг лиц, осуществляющих уход), и в какой степени он хочет, чтобы они участвовали (роли и обязанности по уходу).</li> <li>■ Какая информация, по его мнению, ему нужна, относительно его здоровья, формат, в котором он хотел бы получить информацию (например, письменные, устные, визуальные, электронные, язык и другие предпочтения), а также, когда он хотел бы получить такую информацию (определение сроков).</li> </ul>
------------------------------	---

### РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.4:

Документируйте полученную информацию и оформите её согласно утверждённым формам (шаблонам, схемам), выделяя приоритетные



проблемы пациента, используя собственные слова пациента. (Уровень доказательств = III).

Документация должна включать слова самого пациента с учетом следующих аспектов обеспечения медицинского ухода и услуг, представленных в табл.7. Табл.7. Рекомендуемые аспекты для документирования

Рекомендуемые вопросы	<ul style="list-style-type: none"><li>■Имя, которое он предпочитает, чтобы к нему обращались;</li><li>■Его восприятие, знания, а также понимание его истории болезни и текущего состояния здоровья и самочувствия (медицинская грамотность);</li><li>■Его сильные стороны, опасения и страхи, а также то, как, согласно его восприятию, его болезнь повлияла на него и его жизнь;</li><li>■Его восприятие, желания, предпочтения и ожидания от ухода за ним;</li><li>■Его приоритеты относительно ухода и услуг (что для него сейчас наиболее важно);</li><li>■Его мысли и ощущения относительно способности управлять своим здоровьем, своими сильными сторонами, и чувствует ли он, что ему нужна помощь;</li><li>■Соображения относительно планирования, координации и обеспечения ухода (напр., убеждения, культура, сексуальная ориентация, религия, духовность и т. д.);</li><li>■Кого он хочет видеть привлеченным к уходу за ним (круг лиц, осуществляющих уход), и в какой степени он хочет, чтобы они участвовали в данном процессе (роли и обязанности по уходу);</li><li>■Какую информация, касаемая его здоровья, интересует его, в какой форме он хотел бы получить эту информацию (напр., письменные, устные, визуальные, электронные, язык и другие предпочтения), а также, когда он хотел бы получить информацию (определение сроков).</li></ul>
-----------------------	---

#### 4.2. Рекомендации по планированию

##### **РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.1:**

При разработке плана оказания ухода пациенту помощи необходимо учитывать приоритеты и цели ухода. (Уровень доказательств = Ia).

Таблица 8. Определение приоритетов и целей ухода

Рекомендуемые вопросы	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Что значит для Вас данная ситуация?</li> <li>▪ Какие есть у Вас вопросы?</li> <li>▪ Что для Вас самое главное?</li> <li>▪ Каковы Ваши цели?</li> <li>▪ В чем заключаются Ваши сильные стороны?</li> <li>▪ Что, как Вы надеетесь, произойдет?</li> <li>▪ Что Вы видите в перспективе?</li> <li>▪ Что Вас беспокоит?</li> <li>▪ Как мы, все специалисты, осуществляющие уход, можем поддержать Вас?</li> </ul>
-----------------------	---

### РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.2:

В процессе реализации плана вмешательств необходимо достичь эффективного комплайенса с пациентом и его семьёй, при этом уважая право пациента на выбор предпочтительных вмешательств по уходу за ним, путем: 1) Сотрудничества с пациентом для определения его приоритетов и целей относительно медицинского ухода; 2) Обмена информацией для понимания Выбора пациентом приемлемых и выбранных им самостоятельно для него вариантов ухода, 3) Уважительного отношения к выбору решения пациента в отношении самого себя и своей жизни. (Уровень доказательств = Ia).

Таблица 9. Изучите знания пациента о вариантах выбора и потребностях в уходе

Рекомендуемые вопросы	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Какими должны быть, по Вашему мнению, варианты Выбора?</li> <li>▪ Как, на Ваш взгляд, это происходит?</li> <li>▪ Можете ли Вы представить это?</li> <li>▪ Что Вам нужно для того, чтобы (...)?</li> <li>▪ Какую информацию Вы будете использовать?</li> <li>▪ Что могло бы помочь Вам (...)?</li> <li>▪ В чем Вы видите свою роль применительно к процессу ухода за Вами?</li> <li>▪ Какие варианты выбора Вы желаете использовать и можете реализовать?</li> <li>▪ Что, как Вы надеетесь или полагаете, этим будет достигнуто?</li> <li>▪ Требуется ли Вам специфические знания (напр., информация о побочных эффектах и рисках различных лекарств, используемых для лечения болезни пациента);</li> <li>▪ Ценности и цели пациента;</li> <li>▪ Преимущества, вред (риски) и научная неопределенность;</li> <li>▪ Любые жизнеспособные альтернативные варианты выбора;</li> <li>▪ Время, доступное пациенту, в течение которого</li> </ul>
-----------------------	--

	принимается решение; а также ■ Предпочтительная степень участия пациента в принятии решений об уходе за ним
--	--

### 4.3. Рекомендации по реализации плана

#### РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.1:

При сотрудничестве с пациентом сделайте медицинский уход максимально индивидуальным и отвечающим выбору и желанию пациента и его семьи, но не навязанным исключительно медицинскими стандартами, относительно:

- 1) Плана и составляющих ухода;
- 2) Ролей и обязанностей при осуществлении ухода;
- 3) Стратегий коммуникации (Уровень доказательств = Ia).

#### Элементы ухода

Индивидуализация процесса ухода будет зависеть от пожеланий пациента [6, 7, 8,]. Медицинские работники могут улучшить индивидуальный подход к процессу уходу, стремясь понять предпочтения пациента и сотрудничая с пациентом относительно элементов ухода, таких как предпочтительное время для личной гигиены, приема пищи и планирования приема пищи; время проведения беседы, присутствие членов семьи и др. [10, 11, 12,13, 14,15,16,17,18]

#### Стратегии коммуникации

Таблица 10. Поведение, которое повышает эффективность медицинского ухода

Формы эффективных коммуникаций	При изучении предыдущей истории болезни пациента в случае необходимости применяйте открытые коммуникативные навыки: ■ Умение слушать, не перебивая. ■ Умение получить информацию, а также реагировать на эмоции, проявляя сочувствие, понимание и заботу. ■ Способность быстро реагировать на немедицинские аспекты ухода (культурные убеждения, ценности и духовность). ■ Обращение внимания на физическое комфортное состояние. ■ Способность вселить надежду, выражая поддержку и готовность помочь. ■ Предоставление времени для ухода (не торопись). ■ Использование позитивного подхода путем мотивации, поощрения.
--------------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Предоставление конкретной, основанной на доказательствах, информации и рекомендаций относительно поведенческих перемен.</li> <li>■ Разъяснение процессов ухода и лечения, связывая это с потребностями пациента в оказании медицинской помощи.</li> <li>■ Адаптация стратегий коммуникации с учетом потребностей пациента и его семьи в медицинской грамотности, а также на основе культурных и языковых потребностей.</li> <li>■ Консультирование, признание и принятие выбора пациента по уходу и услугам медицинской помощи.</li> </ul>
--	---

### **РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.2:**

При вовлечении пациента в процесс самостоятельного управления заболеванием применяйте специальные стратегии обучения пациента (или его семьи). (Уровень доказательств = IV).

Медицинские работники могут поддерживать развитие медицинской грамотности пациента, а также могут укрепить уверенность пациента при выполнении действий и мероприятий, необходимых для поддержания его здоровья и самочувствия, используя модель партнерства для обучения, включающую следующее:

- Расширение возможностей пациента в контексте отношений в лечебных целях для приобретения знаний и навыков, необходимых для самостоятельного управления процессом ухода;
- Признание сильных сторон, опыта и вклада пациента в самостоятельное управление процессом ухода;
- Определение имеющихся знаний пациента, для создания связей между прежними и новыми знаниями;
- свободный обмен знаниями и информацией, таким образом, чтобы пациент начал понимать и разбираться в том, что необходимо для содействия, поддержания и укрепления его здоровья. Это предусматривает:
  - адаптацию медицинской информации в соответствии с потребностями пациента в обучении,
  - недопущение использования медицинского жаргона/терминологии,
  - предоставление доступа к медицинским работникам и их коллегам для получения информации, и
  - разъяснение информации без всякой спешки, и постепенное наращивание знаний пациента;
- Выделение пациенту времени для усвоения и обработки новой информации; а также
- Оказание помощи пациенту для принятия новых идей, чтобы перенять навыки и действия (насколько это возможно), которые позволят ему самостоятельно управлять процессом ухода за ним [18,19, 20,21,22,23].

#### 4.4. Рекомендации по оценке эффективности

##### **РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.1:**

Для определения удовлетворенности пациента медицинским уходом, и качеством медицинских услуг в целом получите от него или его семьи обратную связь (используя специальные опросники, анкеты или шкалы). (Уровень доказательств = Ia).

Для оценки эффективности предоставляемого ухода медицинские работники должны постоянно получать и отслеживать обратную связь от пациента для определения того, содержали ли эпизоды ухода следующие отличительные особенности пациент- и семейно-центрированного ухода:

- В рамках отношений, установленных в лечебных целях, пациент воспринимался как партнер.

- Между медицинскими работниками и пациентом была установлена связь на основе уважительного отношения, достоверности и ясности информации [4, 5, 7, 24, 25, 26, 27].

- Пациент чувствовал себя в безопасности, справился со своими страхами и опасениями, не ощущал какой-либо поспешности при оказании ему ухода, при этом медицинские работники уделили ему достаточно времени [7, 8, 25].

- Для удовлетворения потребностей пациента как целостной личности, а не только потребностей, продиктованных его заболеванием или болезнью, медицинскими работниками был обеспечен качественный уход и медицинские услуги [6, 7, 8, 25, 28].

- Пациент принимал активное участие в принятии решений и адаптации ухода совместно с медицинскими работниками (разделял ответственность), принимая во внимание свои убеждения, ценности, культуру, язык, предпочтения по уходу и жизненные обстоятельства [6, 7, 29, 30].

- Медицинские работники обсуждали с пациентом оказываемую медицинскую помощь, а также соответствующую информацию таким образом, чтобы это помогло пациенту дать осознанное согласие на уход и лечение [6, 7, 8, 25, 31, 32, 33].

#### 4.5. Рекомендации по обучению

##### **РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.1:**

Для улучшения результатов лечения и удовлетворенности уходом обучайте медицинских сестер следующим принципам пациент- и семейно-ориентированного ухода:

- 1) расширение возможностей;

- 2) коммуникативные навыки

- 3) Совместное принятие решений. (Уровень доказательств = Ia).

Медицинские работники должны участвовать в использовании возможностей профессионального развития, которые способствуют развитию их знаний и

умения применять на практике следующие отличительные особенности пациент- и семейно-ориентированного ухода:

- Установление и расширение партнерских отношений, которые предоставляют права и возможности, на основе доверия, сочувствия, и уважения и служат конечной терапевтической цели;
- Применение эффективной вербальной и невербальной коммуникации, которая носит полноценный, беспристрастный и утвердительный характер;
- Содействие определению сроков и непрерывности ухода;
- Удовлетворение потребностей и приоритетов пациента как целостной личности, а не только концентрация на его болезни;
- Включение знаний, ценностей, убеждений и культурного воспитания пациента в процессы планирования и осуществления медицинского ухода;
- Сотрудничество с пациентом и содействие его участию в уходе посредством совместного принятия решений;
- Предоставление пациенту информации о его заболевании [6, 7, 25, 28, 29, 33, 34, 35, 36, 37]

#### **РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.2:**

В образовательные программы подготовки медицинских сестер различного уровня (ТиПО, прикладной, академический бакалавриат, постдипломное образование) рекомендуется включить настоящее Руководство (Уровень доказательств = V).

Включение данного Руководства в образовательные программы для медсестер и других медицинских работников обеспечит изучение основополагающих принципов пациент- и семейно-центрированного ухода, основанного на доказательствах. Для обучающихся будущих медицинских сестер важно иметь четкое представление о том, что партнерство, установленное с человеком и его семьей, влияет на его здоровье, их восприятие качества и эффективности медицинских услуг, и их удовлетворенность этими услугами. Подходы, направленные на развитие знаний и навыков обучающихся в семейно-ориентированном уходе должны: (1) ориентироваться на клинический опыт; (2) использовать множественные стратегии обучения

#### *Клиническая среда обучения*

Студентам должна быть предоставлена возможность изучения методов пациент-и семейно-центрированного ухода в клинической практике. Развитие навыков студентов должно включать в себя беседу с пациентом. В процессе обучения обучающиеся должны иметь возможность наблюдать за медицинскими работниками, практикующими семейно-ориентированный уход в условиях медицинской организации.

#### *Множественные стратегии обучения*

Такая стратегия обучения предусматривает ведение журнала как средства для рефлексивной практики, ролевые игры, симуляции, компьютерные программы, инструктаж, семинары и просмотры видеоматериалов. Такая стратегия обучения требует всесторонней предварительной подготовки преподавателя. В приложении 2 даны примеры ситуационных задач для отработки со студентами, а также с обучающимися других уровней образования (являются собственной разработкой группы по адаптации).

## **5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ**

### **5.1 Вовлечение заинтересованных сторон**

Данное клиническое сестринское руководство прошло оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности рекомендаций и их применимости в условиях Республики Казахстан. Вовлечение заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций.

Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов.

Рецензенты:

1	Молотов-Лучанский Вилен Борисович	д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО «Медицинский университет Караганды»
2	Мулдаева Гульмира Мендигиреевна	д.м.н., профессор кафедры семейной медицины НАО «Медицинский университет Караганды»
3	Баширова Татьяна Петровна	директор ТОО «Городской центр первичной медико-санитарной помощи»

### **5.2 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом:**

Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лаhti, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

## 6. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

### 6.1 Предложенное руководство является адаптированной версией

Данное руководство является адаптацией клинического руководства RNAO, Canada «Person- and Family-Centred Care», опубликованного в мае 2015 г.

Было получено официальное разрешение от разработчиков оригинального руководства RNAO на адаптацию клинического руководства.

**6.2.** Группа по адаптации руководства – это группа экспертов из различных сфер здравоохранения и представителей соответствующих специальностей. Для эффективной разработки в группу необходимо привлечение пациентов, лиц, оказывающих уход и соответствующих организаций.

#### Группа по разработке адаптированного руководства:

1	Мацеевская Лариса Леонардовна	Заведующая кафедрой медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО «Медицинский университет Караганды»
2	Кнауц Анна Александровна	Ассоциированный профессор кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО «Медицинский университет Караганды»
3	Каирова Гулим Каиржановна	постовая медицинская сестра отделения нейрореабилитации АО «Национальный центр нейрохирургии» г. Нур-Султан

### 6.3 Руководящая и координационная группы

#### Внешние консультанты

1	Тиина Эвелина Кивинен	Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.
2	Сари Ярвинен	PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

Координационная группа:

	Байгожина	Начальник отдела развития медицинского
--	-----------	--



1	Зауре Алпановна	образования Республиканского центра развития здравоохранения МЗ РК.
2	Умбетжанова Аягоз Таймысовна	Ассистент кафедры общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО «Медицинский университет Астаны».

#### **6.4 Конфликт интересов**

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

#### **6.5 Финансирование и другие источники**

Адаптация данного руководства происходила за счет средств Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта «Социальное медицинское страхование», мероприятия по разработке стандартов услуг специалистов сестринского дела.

#### **6.6 Процесс обновления и рассмотрения**

Оригинальное руководство было выпущено в 2015 году. История пересмотра и любые обновления руководства в промежуточный период будут отмечены в отчете на сайте разработчиков <http://www.rnao.ca>. В условиях РК данное руководство должно обновляться по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем раз в 5 лет.

### **7. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА**

#### **7.1 Стратегия внедрения**

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств - повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На основании клинических сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения,

хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

## 7.2. Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A., & Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? *Patient Education and Counseling*, 62(2), 271-276.
2. Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer’s disease: Current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 7(4), 362-367.
3. Health Education and Training Institute (HETI). (2012). *Best practice governance framework for allied health education and training: Guidelines to support the development of allied health capabilities in the delivery of person-centred care*. Retrieved from <http://www.heti.nsw.gov.au/resources-library/allied-health-best-practice-governance-framework/>
4. Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO). (2002). *Client centred care*. Toronto, ON: Author.
5. Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO). (2006a). *Client centred care supplement*. Toronto, ON: Author.
6. Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15.
7. National Ageing Research Institute. (2006). What is person-centred health care? A literature review. Retrieved from [http://www.mednwh.unimelb.edu.au/pchc/downloads/PCHC\\_literature\\_review.pdf](http://www.mednwh.unimelb.edu.au/pchc/downloads/PCHC_literature_review.pdf)
8. Pelzang, R. (2010). Time to learn: Understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912-917.
9. Thompson, R. H. (2009). *The handbook of child life: A guide for pediatric psychosocial care*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
10. Ambresin, A. E., Bennett, K., Patton, G. C., Sancic, L. A., & Sawyer, S. M. (2013). Assessment of youth-friendly health care: A systematic review of indicators drawn from young people’s perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 670-681.

11. Dagnone, T. (2009). *For patients' sake—Patient First Review commissioner's report to the Saskatchewan minister of health*. Retrieved from <http://www.health.gov.sk.ca/patient-first-commissioners-report>
12. Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Bennett Smith, S., & Stone, S. (2008). *Patient-centred care improvement guide*. Derby, CT: Planetree.
13. Grant, R. W., Adams, A. S., Bayliss, E. A., & Heisler, M. (2013). Establishing visit priorities for complex patients: A summary of the literature and conceptual model to guide innovative interventions. *Healthcare*, 1(3-4), 117-122.
14. McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
15. National Research Corporation Canada. (2014). Eight dimensions of patient-centred care. Retrieved from <http://www.nationalresearch.com/products-and-solutions/patient-and-family-experience/eight-dimensions-of-patientcentered-care/>
16. National Voices. (2014a). Prioritising person-centred care: Enhancing Experience. Retrieved from [http://www.nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/enhancing\\_experience.pdf](http://www.nationalvoices.org.uk/sites/www.nationalvoices.org.uk/files/enhancing_experience.pdf)
17. Renzaho, A. M., Romios, P., Crock, C., & Sonderlund, A. L. (2013). The effectiveness of cultural competence programs in ethnic minority patient-centered health care - A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 261-269.
18. Saint Elizabeth. (2011). *Client-centred care in the Canadian home and community sector: A review of key concepts*. Retrieved from <http://www.saintelizabeth.com/getmedia/4aba6e8e-0303-4b9c-9117-a8c22a43f8bd/Client-Centred-Care-in-the-Canadian-Home-and-Community-Sector.pdf.aspx>
19. Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient- and family-centered health care system: A roadmap for the future*. Retrieved from <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>
20. Foster, M., Whitehead, L., Maybee, P., & Cullens, V. (2013). The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: A metasynthesis of qualitative research. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 431-468.
21. Frampton, S., Guastello, S., Brady, C., Hale, M., Horowitz, S., Bennett Smith, S., & Stone, S. (2008). *Patient-centred care improvement guide*. Derby, CT: Planetree.
22. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2012b). *Facilitating client centred learning*. Toronto, ON: Author

23. Widger, K., Steele, R., Oberle, K., & Davies, B. (2009). Exploring the supportive care model as a framework for pediatric palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 11(4), 209-218.
24. College of Nurses of Ontario (CNO). (2013b). *Therapeutic nurse-client relationship, revised 2006*. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033\\_Therapeutic.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/prac/41033_Therapeutic.pdf)
25. Holmstrom, I., & Roing, M. (2010). The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling*, 79(2), 167-172.
26. Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital—A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 67(5), 1152-1162.
27. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2006b). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, ON: Author.
28. Slater, L. (2006). Person-centredness: A concept analysis. *Contemporary Nurse*, 23(1), 135-144.
29. Robinson, J. H., Callister, L. C., Berry, J. A., & Dearing, K. A. (2008). Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607.
30. Santen, S. A., & Hemphill, R. R. (2011). A window on professionalism in the emergency department through medical student narratives. *Annals of Emergency Medicine*, 58(3), 288-294.
31. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2012). *Patient experience in adult NHS services: Improving the experience of care for people using adult NHS services*. Retrieved from <http://www.nice.org.uk/guidance/CG138>
- 64 REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO REFERENCES  
Person- and Family-Centred Care
32. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2014). *Patient experience in adult NHS services Evidence update 52*. Retrieved from <https://www.evidence.nhs.uk/>
33. Simm, R., Hastie, L., & Weymouth, E. (2011). Is training in solution-focused working useful to community matrons? *British Journal of Community Nursing*, 16(12), 598-603.
34. College of Nurses of Ontario (CNO). (2014b). *Competencies for entry-level registered nurse practice*. Retrieved from [http://www.cno.org/Global/docs/reg/41037\\_EntryToPractic\\_final.pdf](http://www.cno.org/Global/docs/reg/41037_EntryToPractic_final.pdf)
35. College of Registered Nurses of Manitoba. (2013). *Standards of practice for registered nurses*. Retrieved from <http://www.crnmb.ca/publications-standardscodedocs.php>
36. Foster, M., Whitehead, L., Maybee, P., & Cullens, V. (2013). The parents', hospitalized child's, and health care providers' perceptions and

experiences of family centered care within a pediatric critical care setting: A metasynthesis of qualitative research. *Journal of Family Nursing*, 19(4), 431-468.

37. Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*, 58(1), 52-62.

38. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC]. (2011). *Improving quality and safety through partnerships with patients and consumers*. Retrieved from [http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/03/PCC\\_Paper\\_August.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/03/PCC_Paper_August.pdf)

39. Alzheimer Society. (2011). *Guidelines for care: Person-centred care of people with dementia living in care homes*. Retrieved from [http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture\\_change\\_framework\\_e.pdf](http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/Culture-change/culture_change_framework_e.pdf)

40. Canadian Medical Association (CMA). (2010). *Health care transformation in Canada*. Retrieved from <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/PolicyPDF/PD10-05.PDF>

41. Canadian Medical Association (CMA) & Canadian Nurses Association (CNA). (2011). *Principles to guide health care transformation in Canada*. Retrieved from [https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/guiding\\_principles\\_hc\\_e.pdf](https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/guiding_principles_hc_e.pdf)

42. Ciufu, D., Hader, R., & Holly, C. (2011). A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), 362-387.

43. Committee on Hospital Care & Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2012). Patient- and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404.

44. Harvey Picker Centre of Innovation and Applied Research in Long-Term Care. (2013). *Person-centered long-term care literature brief*. Derby, CT: Planetree.

45. Hernandez, S. E., Conrad, D. A., Marcus-Smith, M. S., Reed, P., & Watts, C. (2013). Patient-centered innovation in health care organizations: A conceptual framework and case study application. *Health Care Management Review*, 38(2), 166-175.

46. KPMG. (2009). *The need for more effective patient- and family-centred care*. Retrieved from <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=435c79e0-67cf-47ff-a8e0-b5149de16db8>

47. MacKean, G., Spragins, W., L'Heureux, L., Popp, J., Wilkes, C., & Lipton, H. (2012). Advancing family-centred care in child and adolescent mental health: A critical review of the literature. *Healthcare Quarterly*, 15, 64-75.

48. Manley, K., Hills, V., & Marriot, S. (2011). Person-centred care: Principle of nursing practice D. *Nursing Standard*, 25(31), 35-37.

49. McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1.

50. McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
51. Shaller, D. (2007). *Patient-centred care: What does it take?* Retrieved from [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2007/oct/patient-centered-care--what-does-it-take/shaller\\_patient-centeredcarewhatdoesittake\\_1067-pdf.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2007/oct/patient-centered-care--what-does-it-take/shaller_patient-centeredcarewhatdoesittake_1067-pdf.pdf)
52. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2011). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Retrieved from <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
53. Методические рекомендации № 2 по адаптации клинических сестринских руководств. С.Ярвинен, Э.Киивинен, Астана, 2018, материалы проекта.
54. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press (Oxford)
55. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press (Oxford)

**РУКОВОДСТВО КАЛГАРИ - КЭМБРИДЖ ПО МЕДИЦИНСКОМУ  
СОБЕСЕДОВАНИЮ – ПРОЦЕСС КОММУНИКАЦИИ [54, 55]**

**Установление первоначального контакта**

1. Приветствует пациента и спрашивает его имя
2. Представляет себя, роль и характер собеседования; получает согласие при необходимости
3. Демонстрирует уважение и заинтересованность, уделяет внимание физическому комфорту пациента

**Выявление причины для консультации**

4. Выявляет проблемы или вопросы пациента, которые пациент желает рассмотреть, с использованием вступительного вопроса (например, «По какой проблеме Вы пришли в больницу?» или «Что бы Вы хотели сегодня обсудить?» или «На какие вопросы Вы надеялись получить сегодня ответы?»)
5. Внимательно слушает вступительное заявление пациента, не перебивая и не направляя (на что-либо) ответ пациента
6. Утверждает список и проводит скрининг на дополнительные проблемы (например, «таким образом, у Вас головные боли и усталость; еще что-нибудь.....?»)
7. Согласует повестку дня с учетом потребностей, как пациента, так и врача

**СБОР ИНФОРМАЦИИ**

**Исследование проблем пациента**

8. Содействовать тому, чтобы пациент рассказал историю проблемы с самого ее начала по настоящее время своими словами (прояснение причины, почему решили прийти сейчас)
9. Использует технику задавания открытых и закрытых вопросов, соответствующим образом переходить от открытого вопроса к закрытому вопросу
10. Слушать внимательно, позволять пациенту завершать предложения без перебивания и предоставляя время для пациента, чтобы он мог подумать, перед тем как ответить или продолжить после паузы
11. Способствует пациенту отвечать вербально и не вербально, например, использовать поощрение, тишину, повторение, перефразирование, интерпретацию
12. Улавливает вербальные и не вербальные сигналы (мимика, выражение лица, эмоциональная реакция); проверяет и принимает, по мере необходимости
13. Уточняет заявления пациента, которые непонятны или необходимо дополнить (например, «Не могли бы Вы объяснить, что Вы имеете в виду, когда говорите «в состоянии умственного расстройства»)
14. Периодически резюмирует для подтверждения своего понимания того, что было сказано пациентом; побуждает пациента исправлять интерпретацию или давать дополнительную информацию.
15. Использует лаконичные, легкие для понимания вопросы и комментарии, избегает или компетентно объясняет жаргон
16. Устанавливает даты и последовательность событий

**Дополнительные навыки для понимания точки зрения пациента**

17. Активно определяет и соответствующим образом исследует:
  - идеи пациента (т.е., убеждения в отношении причины)
  - опасения пациента (т.е., волнения) в отношении каждой проблемы

- ожидания пациента (т.е., цели, какую помощь пациент ожидал по каждой проблеме)
  - воздействия: как каждая проблема влияет на жизнь пациента
18. Побуждает пациента выражать чувства

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ**

### **Обеспечить прозрачную структуру**

19. Резюмирует в конце специфической линии вопроса для подтверждения понимания, перед тем как перейти к следующему разделу
20. Переходит от одного раздела к другому, используя задание ориентиров, переходные предложения; включает обоснование для следующего раздела

### **Обращение внимания тому, как протекает собеседование**

21. Структурирует собеседование в логической последовательности
22. Обращает внимание на время и сосредоточенность собеседования на поставленной задаче

## **УСТАНОВЛЕНИЕ СВЯЗИ**

### **Использование соответствующего невербального поведения**

23. Демонстрирует соответствующее невербальное действие
- зрительный контакт, выражение лица
  - осанка, позиция и движение
  - голосовые признаки, например, уровень, громкость, тон
24. При чтении, ведении заметок или использовании компьютера, делает это таким образом, что это не мешает диалогу или контакту
25. Демонстрирует соответствующую уверенность

### **Развитие взаимопонимания**

26. Принимает допустимость мнений и чувств пациента; не осуждает
27. Проявляет сочувствие, чтобы выразить понимание и признания чувств или затруднения пациента; открыто признает мнения и чувства пациента
28. Обеспечивает поддержку: выражает заботу, понимание, желание помочь; признает усилия преодоления и соответствующий уход за собой; предлагает партнерство
29. Деликатно касается смущающих и волнующих тем, и физической боли, в том числе при физикальном обследовании

### **Вовлечение пациента**

30. Делится размышлениями для стимулирования участия пациента (например, «Сейчас я считаю, что...»)
31. Дает обоснование на вопросы или части физикального осмотра, которые могут показаться нелогичными
32. В ходе физикального обследования объясняет процесс, просит разрешения

## **РАЗЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ**

### **Предоставление соответствующего количества и типа информации**

33. Дает информацию порциями и проверяет понимание: дает информацию приемлемыми порциями, проверяет понимание, использует ответ пациента в качестве руководства к принятию дальнейших действий
34. Оценивает исходное положение пациента: спрашивает о предварительных знаниях пациента при начале представления информации, распознает степень заинтересованности пациента в информации



35. Спрашивает пациента, какая другая информация будет для него полезной, например, этиология, прогнозирование
36. Разъясняет на соответствующих временных промежутках: избегает преждевременной дачи советов, информации или заверения

#### **Способствование правильному восприятию и пониманию**

37. Организует разъяснение: разделяет на обособленные разделы, развивает логическую последовательность
38. Использует ясную категоризацию или задание ориентиров (например, «Я хотел бы обсудить три важных пункта. Первое...» «Теперь, давайте перейдем к»)
39. Применяет повторение и резюмирует для закрепления информации
40. Использует лаконичную, легкую для понимания речь, избегает или объясняет жаргон
41. Использует визуальные методы передачи информации: диаграммы, модели, письменную информацию и инструкции
42. Проверяет понимание пациента предоставленной информации (или составленных планов): например, попросить пациента повторить заявление своими словами; разъяснить при необходимости

#### **Достижение общего понимания: включение точки зрения пациента**

43. Связывает разъяснения со структурой болезни пациента: с Высказанными идеями, опасениями и ожиданиями
44. Предоставляет возможности и стимулирует участие пациента: задавать вопросы, просить разъяснений или высказать сомнения; реагирует соответствующим образом
45. Улавливает вербальные и не вербальные сигналы, например, потребности пациента, предоставить информацию или задать вопросы, перегруженность информацией, расстройство
46. Выявляет убеждения, отклики и чувства пациента в отношении предоставленной информации, использованных терминов; опознает и рассматривает при необходимости

#### **Планирование: совместное принятие решения**

47. Делится своими соображениями по мере необходимости: идеи, процессы размышления, дилеммы
48. Вовлекает пациента посредством предложений, нежели указаний
49. Побуждает пациента делиться своими соображениями: идеи, предложения и предпочтения
50. Согласует план приемлемый для обеих сторон
51. Предлагает варианты: побуждает пациента делать выбор и принимать решения по мере их желания
52. Проверяет согласие пациента с планами, а также, что были рассмотрены все опасения

### **ЗАВЕРШЕНИЕ СЕССИИ**

#### **Планирование следующих шагов**

53. Договаривается с пациентом по поводу следующих шагов пациента и врача
54. Система поддержки, в которой объясняются возможные неожиданные результаты, что делать, если план не работает, когда и как искать помощи

#### **Обеспечить соответствующее завершение**

55. Кратко резюмирует сессию и разъясняет план ухода
56. Последняя проверка того, что пациент согласен и не имеет ничего против плана, и спрашивает о наличии любых поправок, вопросов или других пунктов для обсуждения

## **ВАРИАНТЫ ПРИ РАЗЪЯСНЕНИИ И ПЛАНИРОВАНИИ (включает содержание)**

### **При обсуждении исследований и процедур**

- 57. Обеспечивает четкую информацию по процедурам, например, что может почувствовать пациент, как пациента информируют о результатах
- 58. Связывает процедуры с планом лечения: ценность, цель
- 59. Стимулирует вопросы о потенциальных опасениях и отрицательных результатах и их обсуждение

### **При обсуждении мнения и значимости проблемы**

- 60. Предлагает мнение того, что происходит и дает название, если это возможно
- 61. Дает обоснование такому мнению
- 62. Объясняет причинную связь, серьезность, ожидаемые результаты, краткосрочные и долгосрочные последствия
- 63. Выявляет убеждения, отклики, опасения пациента по поводу мнения

### **При согласовании обоюдного плана действий**

- 64. Обсуждает варианты, например, бездействие, исследование, лекарственная терапия или операция, немедикаментозное лечение (физиотерапия, ходунки, растворы, психологическая консультация, профилактические меры)
- 65. Предоставляет информацию по предлагаемому действию или лечению
  - название
  - имеющиеся шаги, как оно работает
  - польза и преимущества
  - возможные побочные воздействия
- 66. Узнать мнение пациента в необходимости действия, предполагаемая польза, барьеры, мотивация
- 67. Принимает мнения пациента, при необходимости отстаивает альтернативную точку зрения
- 68. Выявляет отклики и опасения пациента в отношении планов и методов лечения, в том числе приемлемость
- 69. Принимает во внимание образ жизни, убеждения, культурную принадлежность и возможности пациента
- 70. Побуждает пациента участвовать в осуществлении планов, принять ответственность и быть самостоятельным
- 71. Спрашивает о системах поддержки, обсуждает другую доступную поддержку

**Принципы пациент-центрированного подхода,  
интеграция в здравоохранение Казахстана**

- сбор жалоб пациента
- структурирование проблемы пациента
- Изучение личной истории пациента
- изучение и учет семейной истории пациента
- знание и учет социального статуса и социальных условий пациента
- знание и инициирование применения спектра доступных медицинских и социальных услуг для пациента.

**Клинический случай**

**Случай 1.** Пациентка 75-ти лет ежедневно и иногда по несколько раз в день вызывает скорую помощь в связи с жалобами на головные боли и повышение АД. Испытывает тревогу, паникует, параллельно звонит дочери и заставляет дочь отпроситься с работы и приехать вместе со СП. Пациентка проживает с дочерью, 2 года назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения с хорошим и быстрым Выходом из болезни (восстановление движений, чувствительности, речи). Отмечается нестабильное артериальное давление. В последние полгода часто, звонит дочери на работу при повышении АД, головокружении и головных болях параллельно с вызовом бригады СП. Известна всем бригадам СП как ипохондрическая больная: бригада приезжает, «но без всякого удовольствия». Скорая помощь, оказав необходимые мероприятия(какие?), рекомендует вызов на дом врача общей практики (к участковому врачу, семейному врачу) Предполагаем формирование мультидисциплинарной бригады. Состав:

- 1) Участковый врач-терапевт
- 2) Невропатолог
- 3) Реабилитолог
- 4) Медицинская сестра
- 5) Медицинский психолог
- 6) Социальный работник
- 7) юрист
- 8) ?????

Функции членов мультидисциплинарной бригады:

- 1) Участковый врач-терапевт - коррекция антигипертензивной терапии
- 2) Невропатолог - коррекция сосудистой и нейропротекторной терапии, коррекция эмоциональных нарушений(?)
- 3) Психотерапевт?
- 4) Реабилитолог - лечебная физкультура, физиотерапия...
- 5) Медицинская сестра - производство курса инъекций (стационар на дому)
- 6) Медицинский психолог - психотерапевтическая беседа
- 7) Социальный работник - предложение социального работника из департамента труда и социальной защиты
- 8) Юрист - решение возможных правовых вопросов
- 9) Волонтер - помощь мультидисциплинарной бригаде

Определение запроса пациента – «хочу, чтобы у меня не повышалось давление, мне страшно одной, когда у меня повышается давление»

Определение проблемы пациента:

- 1) Сбор анамнеза
- 2) Изучение личной и семейной истории пациента

История жизни: работала геологом, после ранней смерти мужа от инфаркта одна воспитывала двоих дочерей. В характере- сильные черты, «советский характер», «все

успевала», работала допоздна, готовила и убирала дома всё сама, никогда не жаловалась – «Маргарет Тэтчер». Не болела до 65 лет ничем. Проживает с младшей дочерью. Дочь недовольна тем, что мама часто вызывает СП и болеет. Но тем не менее они со старшей сестрой дежурят и приезжают к матери по её первому звонку. Иницируют вызовы СП и консультации специалистов.

Первичное резюме: Тип внутренней картины пациента- ипохондрический, тип пациентки - трудный. Реакция пациентки на заболевание: реакция «ухода в болезнь».

Проблема пациентки:

- 1) Злокачественная артериальная гипертензия
- 2) Депрессия
- 3) Деменция
- 4) Одиночество

Вариант решения психосоциальных проблем пациентки и её семьи:

- 1) Возможно ли назначение социального работника из департамента труда и социальной защиты? Функции работника определены Приказом МЗ РК
- 2) Предложение частной сиделки -  $\approx 2,5$  тысячи тенге в день, почасовой приход сиделки- 1000 тенге в час.
- 3) 30 организация посещений соседки, подруги, волонтеров
- 4) Если пациентка живёт в крупном городе, столице -«детский дом для пожилых», геронтологический центр в поликлинике по месту жительства, частный реабилитационный центр для пожилых, клуб пожилых людей (другие варианты?)
- 5) госпитализация в реабилитационный центр для лиц с сосудистыми расстройствами
- 6) госпитализация и плановое лечение в отделении неврозов, геронтологическом отделении
- 7) юрист - выяснение вопросов домовладения, совместное решение вопросов дееспособности через суд в случае парциальной или тотальной деменции, назначение опекуна родственники, государство (в последнем случае - направление пациентки в психоневрологический диспансер для определения группы инвалидности и постановки на очередь в дом-интернат для психохроников).

**Случай 2. «Одинокая старушка» - разработайте план по аналогии с первым случаем**

Пациентка А., 86 лет, проживает одна, никогда не была замужем, не имеет детей, взрослые племянники живут в Курской области, 2 года назад ездила к ним в гости с целью переехать на ПМЖ в Россию, они сказали: «нам и самим здесь трудно, у тебя там квартира есть - живи, лучше займи нам денег». Полгода назад перенесла инсульт, лечилась в стационаре 2 недели.

Характер аналогичный первому случаю – «советский, железный», член совета ветеранов в городском акимате, категоричная, безапелляционная, разругалась с большинством подруг, лишь одну допускает к себе в гости. Работала на даче-перекапывала 6 соток земли одна в появилось головокружение- перенесла инсульт в вертебро-базиллярном бассейне, начала ходить по врачам (ПМСП, ветеранская клиника), лечилась в клинике для ветеранов- требовала «восстановить здоровье», удивлялась, что ей не могут вернуть работоспособность - «как же я буду на даче работать в таком состоянии?»

Выписана домой, передвигалась по квартире, пользовалась помощью единственной подруги, которая убирала квартиру, покупала продукты, но разругалась с последней, перестала пускать её в квартиру. Пациентка обнаружена мёртвой у себя дома, через 2 дня после смерти - подруга безуспешно звонила, через 2 дня вскрыли квартиру с МЧС.