

КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНЦИЯ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Кузнецова К. А., Ходова М. Э.

Российский Национальный Исследовательский Медицинский университет
им. Н. И. Пирогова.

Научный руководитель – д.мед.н. Костюченко М. В.

Актуальность: на сегодняшний день одной из ведущих проблем мировой медицины является онкология. Заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний увеличивается с каждым годом. По статистике 2021 г., количество заболевших раком за последние 10 лет выросло почти на 23%. Несомненно, данную тенденцию к росту связывают с расширением диагностических возможностей, позволяющих заподозрить заболевание и поставить диагноз.

Эксперты ВОЗ утверждают, что порядка 30% летальных исходов от онкологических заболеваний возможно избежать, то есть практически у каждого третьего больного раком есть возможность на более долгую жизнь. Речь идет об организации профилактических и лечебных мероприятий данной группе пациентов. Кроме того, особое значение имеет коммуникативная компетенция врача в общении с онкологическими больными для достижения комплаенса между врачом и пациентом.

Цель работы: изучить коммуникативные компетенции врача при неотложных состояниях в онкологии.

Материалы и методы: данные научных исследований, медицинской документации, архивных материалов, доступных в электронной версии в полнотекстном варианте.

Результаты исследования: регламент оказания медицинской помощи больным раком пациентам определен приказом Минздравсоцразвития России № 944н от 3 декабря 2009 г. Онкологическая помощь в РФ оказывается в онкологических диспансерах и больницах, специализированных онкологических отделениях в лечебных учреждениях общего профиля и федеральных медицинских центрах.

Согласно приказу, выпущенном в Пироговском центре в 2011 г. раковые больные разделяются на категории А, Б, С, Д, где Б – впервые выявленный онкологический больной при экстренной госпитализации, то есть пациент с предварительным не онкологическим диагнозом, но поступивший экстренно. В таком случае, диагноз, как правило, выставляют в ходе диагностического или экстренного оперативного вмешательства, после чего тактика ведения пациента определяется хирургом-онкологом и далее, не позднее 3 суток, онкологической комиссией, перед которой стоят вопросы необходимости дополнительных диагностических исследований, возможности оказания специализированной онкологической помощи, в том числе лучевой терапии, ее целесообразности и др.

Помимо того, что рак патологически влияет на ЦНС, вызывая астению и раздражительность, он также пагубно влияет и на психологическое состояние пациента, провоцируя тревогу, беспомощность, страх смерти. В данный период жизни больного важную роль играют поддержка со стороны семьи, друзей и чуткое отношение врача. Он должен быть доброжелательным, вежливым, располагающим. Необходимо с вниманием относиться к настроению пациента, давать ответы на интересующие вопросы, убедиться в приверженности больного к лечению [1].

Общение с каждым пациентом требует индивидуального подхода. Выделяют две модели взаимоотношения, существенное различие в которых приходится на способ принятия решения относительно тактики лечения: 1) врач в центре, когда большинство решений принимает врач самостоятельно, опираясь на знания и опыт, выражение эмоций минимально; 2) пациент в центре, когда между врачом и раковым больным выстраиваются более откровенные дружеские отношения, и решения о дальнейшем лечении принимается совместно с активным вовлечением пациента. Согласно исследованию, среди группы пациентов, перенёвших трансплантацию стволовых клеток, 44% предпочитают совместную модель принятия решений, 31% приходится на модель, когда врач самостоятельно определяет тактику, 25% – выбор предоставляется пациенту [2].

Врачу-онкологу при неотложных состояниях необходимо обладать способностями, достаточными для контроля над негативными эмоциями больного, учитывая его индивидуальные особенности и эмоциональный интеллект в соответствии с внутренними потребностями пациента. Также необходимо соблюдать деликатность в отношении тех или иных ситуаций, связанных со здоровьем пациента, так как при неправильном подходе без соблюдения принципов деонтологии информация о состоянии пациента может ухудшить его состояние.

Во время неотложного состояния врачу важно не соблюдать спокойствие и четко давать указания в проведении первой помощи и, если пациент в сознании, обеспечить ему комфорт, например, ослабить тугую ремень или расстегнуть воротник.

Важным аспектом коммуникативных компетенций врача является правильное разъяснение состояния пациента его родственникам, так как общение с родными и близкими в большей степени обеспечивает правильный эмоциональный фон больного. Следует не только деликатно объяснить ситуацию родственникам больного, но и посоветовать им возможные схемы общения с больным [3].

Неотложные состояния в онкологии разнообразны – это могут быть патологические процессы, связанные с онкологическим процессом и неотложные состояния, развившиеся у онкологических больных в связи с проведенным лечением. Однако в той или иной экстренной ситуации в онкологии врач соблюдает выполнение ряда коммуникационных мероприятий: терапевтические и хирургические планы лечения в соответствии с последним обновлением клинических рекомендаций, листы опроса, списки,

приглашающие пациентов к деятельности, брошюры с информацией о заболевании пациента, выдаваемые на руки и находящиеся в лечебном отделении, выдача пациенту писем после посещения и др. [4].

Выводы: организованная медицинская помощь, с одной стороны, и хорошая коммуникативная способность врача, с другой стороны, – то, что должно быть предоставлено пациентам с онкологическим диагнозом. При правильном подходе к оказанию помощи пациенту в связи с хорошей и эмпатичной коммуникацией помогает создать благоприятный эмоциональный климат для пациента, а также помогает пациенту и его родственникам в общении с врачом для принятия совместных решений и для обеспечения благополучия пациента.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агеева, Н. А. Психофизические особенности онкологических больных в контексте биоэтических проблем современности / Н. А. Агеева // Гуманитарные и социальные науки. – 2013. – № 4. – С. 35–43.
2. Морозова, Е. В. Психологические особенности адаптации онкологических больных / Е. В. Морозова // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – № 1. – С. 28–31.
3. Биктина, Н. Н. Личностные особенности и ролевые позиции онкологических больных / Н. Н. Биктина, А. Н. Кекк // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2. – С. 686.
4. Мартова, Т. Ю. Психологические особенности онкологических боль / Т. Ю. Мартова, Е. Н. Малыгин // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2002. – Т. 13, № 3. – С. 47–51.

ОБЩЕНИЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: КОММУНИКАТИВНЫЕ ПРАВИЛА И РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ОШИБКИ

Куташов Д. В.

Воронежский государственный медицинский университет
Научный руководитель – д.филол.н., доцент, Стеблецова А. О.

Давно известно, что доверительные отношения между врачом и пациентом влияют на результат лечения не меньше, чем квалификация специалиста [1]. Но каких правил следует придерживаться, чтобы выстроить общение «врач-пациент» наиболее грамотно?

Современная система высшего образования направлена на формирование у студентов необходимых навыков, учитывающих общественные инновации, а не на воспроизводство уже существующих принципов. Это очень важно, так как перемены в нашем обществе происходят очень часто и стремительно.

Мы живем в эпоху больших перемен. При этом любая этическая система – это реакция на внешние проявления и результат внутренних установок человека. Сегодня идет смена поколений. С одной стороны, пациенты