

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Довбан Людмила Анатоліївна

На правах рукопису

УДК: 316.77:614.253.5/8

Магістерська робота

**ФОРМУВАННЯ ТА ІМПЛЕМЕНТАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ
КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ПРИ РОБОТІ ЗІ
СКЛАДНИМИ ПАЦІЄНТАМИ**

спеціальність 223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

доцент кафедри акушерства та гінекології № 2

Тернопільського національного медичного

Університету імені І. Я. Горбачевського

доц. Петренко Н.В

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП	
РОЗДІЛ 1. Сучасні уявлення про медичну деонтологію при повідомленні поганих новин	
1.1. Поняття медична комунікація, «погана новина» та «складний пацієнт»	
1.2. Психоемоційний та функціональний стан та настрої пацієнтів та медичного персоналу при отриманні та повідомленні поганих новин	
1.3. Комунікативні протоколи, які застосовуються для повідомлення поганих новин	
1.4. Особливості навчання дорослих	
РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи дослідження	
2.1. Загальна характеристика закладу	
2.2. Аналіз медичної документації?	
2.3. Оцінка психоемоційного стану та настрою	
2.4. Способи навчання дорослих	
2.5. Статистичний аналіз	
РОЗДІЛ 3. Оцінка потреби та способів повідомлення поганих новин в умовах перинатального центру	
3.1. Частота повідомлення поганих новин в перинатальному центрі	
3.2. Оцінка психо-емоційного стану пацієнта при повідомленні поганих новин	
3.3. Аналіз наявних клінічних протоколів, які застосовуються для повідомлення поганих новин	
РОЗДІЛ 4. Аналіз ефективності імплементації комунікативного протоколу SPIKES при повідомленні поганих новин	
4.1. Навчання медичного персоналу	
4.2. Психо-емоційний стан пацієнтів та медичного персоналу при повідомленні поганих новин із застосуванням протоколу SPIKES	
Аналіз та обговорення результатів власних досліджень	

Висновки	
Практичні рекомендації	
Список використаної літератури	

ВСТУП

(ПРИКЛАД) Колоректальний рак — це злоякісна пухлина товстого кишечника та прямої

кишки. У світі це одна з найбільш поширених нозологічних форм злоякісних новоутворень, частота якої неухильно зростає. Згідно даних Міжнародного агентства дослідження раку відділу Всесвітньої організації охорони здоров'я кожного року

реєструють близько 1 360 000 нових випадків раку товстого кишківника[37]. За поширеністю серед онкологічних захворювань в світі ця патологія займає третє місце, за смертністю – четверте. В Україні колоректальний рак по виявленню нових

випадків вийшов на перше місце випереджаючи рак легень, а по рівню смертності –

друге місце після раку легень[2].

Актуальність теми. Колоректальний рак є одним із онкозахворювань, розвиток якого можна попередити завдяки виявленню передракових станів та вчасному лікуванню. Сучасні методи ранньої діагностики дозволяють запобігти розвитку даного захворювання у 95% випадків[7].

Незважаючи на відомі фактори ризику щодо розвитку пухлин товстого кишківника і прямої кишки та захисні чинники, на сьогодні скринінг є практично

єдиним дієвим профілактичним методом, спрямованим на раннє виявлення пухлин,

кінцевим результатом якого є зниження рівня захворюваності і смертності.

Зважаючи на значне збільшення рівня захворюваності та смертності від колоректального раку в Україні назріла нагальна потреба в запровадженні програми

скринінгу. Ефективність функціонування скринінгової програми залежить не тільки

від фінансового забезпечення, але й в значній мірі – від рівня участі в ній громадян.

Тому все більшої актуальності набуває проблема щодо роз'яснення та популяризації

інформації про дане захворювання та необхідності проходження скринінгу населенням, особливо груп ризику, до яких в першу чергу належать особи старше

50-ти років.

Аналіз рівня знань громадян про саме захворювання, фактори ризику, захисні чинники та методи профілактики дозволить правильно розробити програму інформаційно-просвітницької діяльності зважаючи на існуючі прогалини в знаннях,

а розповсюдження інформації - підвищити рівень усвідомлення населенням

5

небезпеки даного захворювання та виконувати рекомендації щодо його попередження.

Об'єкт дослідження – колоректальний рак, скринінгові програми, результати морфологічних досліджень.

Мета: попередження стрес-індукованих та перинатальних ускладнень при погіршенні стану здоров'я у пацієнтів акушерсько-гінекологічного профілю шляхом застосування правильної комунікативної тактики

Завдання:

1. Вивчити частоту в потребі повідомлення поганих новин в умовах перинатального центру
2. Оцінити рівень тривоги і стресу у пацієнтів, яким повідомили погані новини
3. Проаналізувати наявні системні підходи до правил повідомлення поганих новин

4. Розробити систему заходів щодо навчання медичного персоналу з питань комунікативної компетентності при роботі зі складними пацієнтами

5. Оцінити ефективність застосування комунікативного протоколу SPIKES при повідомленні поганих новин

Об'єкт дослідження:

Складні пацієнти (пацієнти з погіршенням стану здоров'я, яким повідомляють про це), правил повідомлення поганих новин, методи навчання дорослих

Предмет дослідження :

Рівень тривожності та стресу пацієнтів при отриманні поганих новин, протокол повідомлення поганих новин SPIKES, частота та потреб в повідомленні поганих новин, способи навчання дорослих

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження. На підставі результатів епідеміологічного дослідження, оцінки рівня обізнаності населення, запровадження освітньо-інформаційних програм дано нове вирішення актуальної

задачі сучасної онкології, яке спрямоване на оптимізацію програми профілактики

розвитку злоякісних пухлин товстого кишківника і прямої кишки.

Встановлено, що візуальна оцінка структури кишківника в основному (49%) проводиться за медичними показами, тоді як частка скринінгових обстежень складає

тільки 27%. Привізуальній оцінці нормальна структура слизової кишківника виявилися лише у третини (38%) пацієнтів, тоді як у двох третин пацієнтів були виявлені доброякісні зміни. Показано, що злоякісні новоутвори найчастіше виявлялися у віковій групі 61-65 років. Встановлено низький рівень обізнаності населення про безсимптомний перебіг захворювання, особливо на ранніх стадіях,

можливість переродження доброякісних новоутворів у злоякісні, ефективність

превентивного лікування доброякісних змін, наявність та ефективність скринінгових

програм для його виявлення на ранніх стадіях.

Практичне значення одержаних результатів.

Поширення інформації серед населення середнім медичним персоналом щодо небезпеки злоякісних захворювань товстого кишечника і прямої кишки, а також можливих способів попередження даної недуги, та залучення їх до участі в скринінгових програмах.

Особистий внесок здобувача. Автор магістерської роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. За безпосередньою участю автора

було проведено дослідження ефективності скринінг програм, здійснено аналіз результатів клінічних заключень діагностично-терапевтичних ендоскопічних процедур, розроблено анкету та програму, інформаційно-просвітницької діяльності,

здійснено математичний аналіз і узагальнення результатів дослідження.

Апробація результатів дослідження.

Матеріали магістерської роботи оприлюднено на III Міжнародному науково-практичній конференції «Медико-фармацевтичний форум– 2017» (Карлові Вари,

Чехія - Київ, Україна, 2017), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Жіноче

7

здоров'я: імплементація сучасних протоколів в клінічну практику» (Тернопіль, 2018),

на XXII Міжнародний медичному конгресі студентів та молодих вчених (Тернопіль,

2018), у фаховому науковому журналі «Медсестринство» (Тернопіль, 2018).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 4 наукових роботи, із них

2 – у наукових виданнях, 2 – у матеріалах і тезах конференцій та конгресів.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 68 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, матеріалів і методів дослідження, 2 розділів власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, який включає

64 джерела. Робота містить 7 рисунків, 3 фотографії, 4 таблиці, 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІУЯВЛЕННЯ ПРО МЕДИЧНУ ДЕОНТОЛОГІЮ ПРИ ПОВІДОМЛЕННІ ПОГАНИХ НОВИН

1.1. Поняття медична комунікація, «погана новина» та «складний пацієнт»

"Погані новини" в медицині – це будь які новини, пов'язані з погіршенням стану здоров'я, виникненням або прогресуванням захворювання, смертю близької людини. Погана новина визначається як "будь-яка новина, яка різко та негативно змінює погляд пацієнта на нього або її майбутнє". При повідомленні таких новин досить важко передбачити реакцію пацієнта, тому таких пацієнтів можна назвати складними.

Медицина – одна із галузей наукової практичної діяльності, яка повинна постійно вдосконалюватись для забезпечення здорового майбутнього суспільства. Взаємопідтримка, співпраця та обмін інформацією є першочерговою умовою у вирішенні основних завдань сучасної медицини.

Медичний працівник – особа, яка покликана служити людям та рятувати життя. До загальних якостей якими мають володіти медичні працівники належать: професіоналізм, високі моральні цінності та комунікативні навички.

Саме комунікативні навички є найважливішою ланкою у взаємодії медичного працівника з пацієнтом. Погане володіння медичним працівником комунікативними навичками призводить до розчарування та недовіри медичному працівнику, зокрема медицині в якості медичної допомоги загалом.

Медична комунікація – це сукупність професійних якостей, моральних цінностей та комунікативних умінь медичного працівника, що реалізуються під час спілкування з пацієнтами. Численні дослідження показали, що існує прямий зв'язок між якістю володіння комунікативними навичками медичних працівників та вдосконаленість лікування.

Використання емпатії, чіткої мови та залучення пацієнта до процесу прийняття рішень – є ключовими засадами, побудови належних стосунків між медичним працівником та пацієнтом. Правильна медична комунікація сприяє зростанню довіри пацієнта до медичних працівників, покращує результати

лікування, та задоволеність пацієнта якістю медичних послуг. З іншого боку належне слідування правилам медичної комунікації запобігає професійному вигоранню та підвищує рівень ефективності фахівця.

Однією з важливих функцій медичної комунікації є забезпечення прийняття пацієнтами рішень, які відповідають їх потребам, уподобанням та цінностям. Клініцисти відіграють важливу роль у покращенні орієнтованого на пацієнта спілкування та спільного прийняття рішень шляхом активного слухання, оцінки розуміння пацієнтом варіантів лікування, перевірки участі пацієнта в процесі прийняття рішень та передачі співпереживання як усно, так і невербально. Крім того, прийняття рішень можна вдосконалити за допомогою детального пояснення, яке полегшує розуміння пацієнтом варіантів лікування та дозволяє приймати більш активну роль у прийнятті рішень.

Допомога для прийняття рішень - це «інструмент, який надає пацієнтам обґрунтовану доказову інформацію, об'єктивну інформацію про всі варіанти лікування певного стану. Допоміжні засоби для прийняття рішень пояснюють ризики та переваги всіх варіантів та допомагають пацієнтам зрозуміти, наскільки ймовірно, що ці ризики вплинуть на них

Медична деонтологія – вчення про належну поведінку медичних працівників, яка створює сприятливі умови для видужування хворого. Це сукупність етичних норм і приписів для медичних працівників, необхідних їм у здійсненні професійної діяльності. Медична деонтологія широко застосовується у всіх сферах взаємодії медичного працівника і пацієнта, але чи не найбільше значення вона займає при повідомленні поганих новин. Тому що від того, як буде подана інформація залежить подальший психічний і фізичний стан пацієнта.

Повідомлення поганих новин – завдання, яке зустрічається в будь-якій медичній практиці, може викликати страх для клініциста. Хоча це найчастіше розглядається як повідомлення про небезпечну для життя хворобу, наближення смерті або повідомлення про смерть члена сім'ї та ін. надають корисне та всеохоплююче визначення поганих новин: «... ситуації, коли існує відчуття

відсутності надії, загроза психічному чи фізичному благополуччю людини, ризик порушити усталений спосіб життя або коли передається повідомлення, яке передає людині менше вибору в її житті». З огляду на це визначення, поширення поганих новин – це те, що відбувається щодня для більшості практикуючих клініцистів.

Процес повідомлень поганих новин можна уявити, як спробу досягнення чотирьох цілей.

Перша – це збір інформації про пацієнта, що дозволить медичному працівнику визначити обізнаність пацієнта, його очікування та готовність до розвитку наслідків поганих новин.

Друга ціль – надання інформації пацієнту відповідно до його потреб та переживань

Третя ціль - підтримати пацієнта для зниження негативного емоційного впливу та ізоляції одержувачів поганих новин.

Кінцева мета – розробити план лікування за участю пацієнта.

Таким чином, спільне прийняття рішень є важливою особливістю спілкування, орієнтованого на пацієнта, і визначається як процес переговорів, за допомогою якого медичні працівники та пацієнти приходять до конкретного плану дій, заснованого на загальному розумінні цілей лікування, ризиків та переваги обраного лікування порівняно з розумними альтернативами та цінностями та уподобаннями один одного.

Медичний персонал повинний ефективно спілкуватися з пацієнтами для побудови відносин з пацієнтом, зосереджених на довірі та взаємозв'язку, а також для обміну інформацією, реагування на емоції пацієнта, управління невизначеністю, пов'язаною з діагностикою та лікуванням, участю у спільних рішеннях створення та увімкнення самоконтролю пацієнта. Ефективне спілкування пов'язане з тим, що пацієнти швидше одужують, покращують контроль болю та покращують психологічну роботу, неефективне спілкування пов'язане із занепокоєнням пацієнта, невпевненістю та невдоволенням лікуванням. Крім того, доступність клінічної інформації та інформації про

витрати недостатня, щоб допомогти пацієнтам приймати рішення, що відповідає їх потребам, уподобанням та цінностям.

Крім того, клініцистам часто не вистачає підготовки до спілкування, що призводить до труднощів у визнанні та реагуванні на інформаційні та емоційні потреби пацієнтів. Відсутність зрозумілої та легкодоступної інформації про прогноз, варіанти лікування, ймовірність відповіді на лікування, паліативну допомогу, психосоціальну підтримку та витрати на лікування сприяють проблемам спілкування.

Відповідно повідомлення поганих новин є важкою комунікативною задачею. Для повідомлення поганих новин, окрім вербального компоненту необхідні інші навички, які включають реагування на емоційні реакції пацієнта, залучення пацієнта до процесу прийняття рішення, зниження рівня стресу, участь у бесіді родичів пацієнта, а також питання про те, як дати надію пацієнтам у таких випадках, коли ситуації безнадійна. Важкість комунікацій та взаємовідносин можуть створювати інші важливі непорозуміння, такі як неточне уявлення пацієнта про прогнози захворювання або мету лікування.. Недостатнє спілкування також може перешкоджати розумінню пацієнтом очікування від лікування або залучення пацієнта в планування майбутнього лікування

Пацієнти вважають за краще отримувати такі новини особисто, з усією увагою медичного працівника та зрозумілою, простою мовою з достатнім часом для запитань. Більшість пацієнтів воліють знати свій діагноз, але кількість бажаних деталей різниться залежно від рівня освіти, віку та статі тощо. Медичний працівник повинен поважати уподобання пацієнта щодо отримання поганих новин, але і самі медпрацівники можуть відчувати стрес, пов'язаний з наданням поганих новин, які виходять за рамки фактичної розмови. Наприклад, медичні працівники бояться викликати негативну емоційну реакцію, бути звинуваченими у поганих новинах і висловити свої емоції під час процесу. Медичні фахівці часто приховують інформацію або надмірно оптимістично ставляться до прогнозу, але це може призвести до плутанини у пацієнтів щодо

їх стану. Історично медична освіта надавала більше значення ефективності лікування, ніж комунікативним навички, через це медичні працівники, не готові до складності спілкування та емоційної інтенсивності негативних новин.

1.2. Психо-емоційний та функціональний стан та настрої пацієнтів та медичного персоналу при отриманні та повідомленні поганих новин

Існують різні захисні механізми та стратегії подолання стресу, які часто спостерігаються, коли сім'ї отримують негативну інформацію. Вони включають: захист, заперечення, звинувачення та інтелектуалізацію. Останньою є прийняття поганої новини.

Ефективні відповіді при отриманні поганих новин можуть включаючи гнів, страх, тривогу, безпорадність, сором, полегшення або провину (Quill, 1991). Медпрацівник не може змінити суть новин, однак, він може застосувати певні підходи, які пом'якшують негативний вплив новин та одночасно полегшують процес сприйняття як у самого пацієнта так і в його сім'ї реакції на погану новину можуть проявлятися стурбованістю, злістю, проявлятися депресією чи поєднанням всіх цих емоцій. Ці емоційні стани мають вплив на хід сеансу інформаційного обміну, і медичний працівник повинен знати про можливу гаму емоцій, які можуть відчувати слухачі. При повідомленні поганих новин людина проходить чергу 5 фаз прийняття горя: заперечення, гнів, торг, депресія прийняття. Не всі переживають усі п'ять етапів, і вони можуть не проходити у такому порядку.

Горе для кожної людини різне, тому пацієнт може почати переживати новини на стадії торгів і опинитися в гніві чи запереченні. Він може залишатися місяцями на одному з п'яти етапів, або повністю пропускати якісь. Під час повідомлення поганих новин медичного працівника та пацієнта траєкторії стресу досить різні. Рівень піку стресу медичного працівника який повідомляє погані новини припадає на початок зустрічі, коли він готується до оголошення і зменшується в подальшому. У пацієнта і його сім'ї рівень стресу

наростає після отримання інформації. Тобто рівень стресу медпрацівника зменшуватися тоді, коли рівень стресу у пацієнта досягає піку.

Емоційна реакція.

Повідомлювач поганих новин повинен розуміти та вміти правильно реагувати та емоційні реакції. Чутливість означає приділення пильної уваги вербальні інформації та невербальними реакціями слухача. Деякі люди можуть бути в змозі засвоїти інформацію та продовжувати слухати та розмовляти, тоді як інші можуть бути пригніченими та не в змозі до кінця усвідомити чи говорити. Медичний працівник, що повідомляє погані новини повинен ставити питання, щоб переконайтеся, що слухач справді розуміє, те що йому повідомляється. Медичний працівник може сказати: "Я знаю, що це може бути важким. Будь ласка, поясніть мені, що ви розумієте. Я хочу переконатись, що я висловився зрозуміло". Коли здається, що подальша інформація не буде засвоєна або зрозуміла, медичний працівник може вирішити тимчасово зупинити або навіть завершити зустріч. Він може запропонувати, щоб наступного разу поруч з пацієнтом був хтось з близьких. Наступну зустріч слід запланувати на пізніше, але не надто віддалено. Медичний працівник повинен заохочувати звернення пацієнта до будь-якої доступної системи соціальної підтримки. Впровадження мережі соціальної підтримки може допомогти з процесом прийняття.

Медпрацівник повинен бути обізнаним з можливими реакціями, які слухач може проявити під час зустрічі та вміти на них правильно реагувати. Реакції можуть включати заперечення новин, здавалося б, невідповідні емоції (наприклад, сміх) або повну відсутність емоцій. Слід зазначити, що немає жодної "правильної" або "типової" реакція на отримання поганих новин.

Коли медичному працівнику бракує належної підготовки, неприємні новини можуть мати негативний вплив на пацієнта, їх сімей та медичних фахівців. Повідомлення поганих новин - одне з найстрашніших завдань, з яким стикаються медики. Для багатьох їх перший досвід стосується пацієнтів яких вони знали лише кілька годин.

Враховуючи критичний характер поганих новин, тобто «будь-які новини, які різко і негативно змінюють погляд пацієнта на своє майбутнє», це навряд чи рецепт успіху. Історично медична освіта надавала більше значення технічній ефективності, ніж комунікативним навичкам. Тому медичні працівники, не готові до складності спілкування та емоційній інтенсивності негативних новин.

Медичних працівників ще турбує, що повідомлення поганих новин, викликає звинувачення, невідомість усіх відповідей, страх невідомого, а також особистий страх перед хворобою і смертю. Це може змусити фахівців в галузі медицини емоційно відірватися від своїх пацієнтів. Крім того, коли погані новини повідомляються неадекватно чи нечутливо це може погіршити стан пацієнтів та родичів.

Медичні працівники відчують стрес, пов'язаний з потребою повідомлення поганих новин, і цей стрес часто виходить за часові рамки фактичної розмови. Дослідження свідчать, що цей стрес не зменшується зі збільшенням тривалості практики медичного працівника або досвідом надання поганих новин. Загалом, медичні працівники бояться викликати емоційну реакцію, бути звинуваченими в поганих новинах та мають труднощі з висловленням своїх емоцій під час процесу. Є багато причин, чому медичним працівникам важко повідомляти погані новини. Загальне занепокоєння полягає в тому, як новини вплинуть на пацієнта, і це часто використовується для виправдання відмови від повідомлення поганих новин.

Медичні працівники також побоюються, що правдива інформація про невиліковну хворобу залишає пацієнта депресивним, без надії та скороченим терміном життя.

Зокрема, відсутність емоційної підтримки у медичних працівників, відсутність часу на підготовку, а також їхніх власних особистих побоювань щодо процесу повідомлення поганих новин заважає їм бути ефективними у таких процесах.

Існує необхідність підвищеної уваги до навичок спілкування та частого зворотного зв'язку з особливим акцентом для доставки поганих новин. А також

можна підкреслити важливість обробки власних почуттів щодо процесу доставки інформації до пацієнта.

Медичним працівникам яким некомфортно повідомляти погані новини, можуть уникнути обговорення такої інформації, або надавати пацієнту невиправданий оптимізм.

У літературі обговорюється чимало способів повідомлення поганих новини, які впливають на розуміння інформації пацієнтом, його задоволеність медичною допомогою, рівень оптимізму і наступну психологічну корекцію. Медичні працівники, які відчують труднощі при повідомленні пацієнтів про погані новини, можуть пройти навчання. Ідея про те, що отримання небажаної медичної інформації про своє здоров'я приведено до нанесення психологічної травми є необґрунтованою. Більшість пацієнтів бажають знати точну інформацію, яка допомагає зробити важливі життєві рішення. Однак інші можуть використовувати цю інформацію для заперечення, уникнення або зведення до мінімуму інформації, але до цих пір приймати участь в лікуванні.

Повідомлення поганих новин несприятливе для медичних працівників та пацієнтів і супроводжується негативними емоційними реакціями, як і у спеціалістів медичної галузі так і у їх пацієнтів.

1.3.Комуникативні протоколи, які застосовуються для повідомлення поганих новин

З огляду на негативні емоції, які виникають при повідомлення поганих новин як у пацієнта, так і у медичного спеціаліста, необхідна певна підготовка медичних працівників щодо правильного подання поганих новин. Найкращий підхід орієнтований на пацієнта, та його сім'ю. Такий підхід, фокусується на інтересах але також забезпечує більше задоволення пацієнта та веде до того, що медичний працівник сприймається як емоційно стійкий, доступний, вселяє надію та не домінує .

У підході, орієнтованому на пацієнта та сім'ю, фахівець медичної галузі передає інформацію відповідно до потреб пацієнта та його близьких.

Визначення цих потреб враховує культурні, духовні та релігійні переконання та звичаї сім'ї. Передаючи інформацію у світлі цих потреб, медичний працівник перевіряє розуміння та демонструє емпатію. Це на відміну від підходу, орієнтованого на емоції, який характеризується тим, що медичний спеціаліст підкреслює сумність повідомлення та демонструє надлишок емпатії та симпатії. Такий підхід створює меншу надію та заважає належному обміну інформацією .

Крім того, найкращий підхід включатиме протокол повідомлення поганих новин . Чи мало таких протоколів існує у літературі. Бакман (1992 р.) "Як розбити погані новини: Посібник для медичних працівників". До його критеріїв повідомлення поганих новин входить передача їх особисто, з'ясування того, наскільки пацієнт знає, обмін інформацією («узгодження»), забезпечення розуміння повідомлення, планування контракту та дотримання цього плану.

Файн запропонував протокол із п'яти фаз. Підготовка до фази 1 передбачає встановлення відповідного простору, повідомлення про обмеження часу, врахування потреб пацієнтів, врахування культурних та релігійних цінностей та конкретне ставлення до мети. Фаза 2 - отримання інформації, включає запитання, які ставить пацієнт, скільки пацієнт хоче знати і у що він вірить у своєму стані. Фаза 3 обмін інформацією, передбачає переосмислення своїх поведінки та поглядів. Фаза 4 - сприйняття інформації, її оцінка, усвідомлення інформації, пояснення будь-яких недоліків та ввічливе вирішення розбіжності, тоді як фаза 5 - відповідь, включає виявлення та визнання реакції пацієнта на інформацію та закриття співбесіди.

Існує кілька алгоритмів, які допомагають медичним працівникам направляти погані новини, (налаштування, сприйняття, запрошення, знання, емоції, стратегія та підсумок) це SPIKES, ABCDE, NURSE тощо.

Сімейні медичні працівники, будуючи довгострокові стосунки з однією сім'єю працюють з різними поколіннями цієї сім'ї , часто виявляються носіями поганих чи серйозних новин. Погані новини широко визначаються як інформація, яка змінить погляд пацієнта на своє майбутнє і призведе до стійких когнітивних, поведінкових та емоційних реакцій. Деякі дослідження показують,

що застосування альтернативних термінів, при повідомленні поганих новин чи новин, що змінюють життя, можуть бути більш доречними. Зрештою, визначення поганих новин лежить не на медичному працівнику, а на особі, яка отримує. Хоча класичні новини, які стосуються раку або термінального діагнозу, можуть включати інформацію, пов'язану з діагностикою захворювання. хронічне захворювання (наприклад, цукровий діабет), хвороба, що змінює життя (наприклад, розсіяний склероз), або травма, що призводить до значних змін (наприклад, травма коліна, що закінчується інвалідністю). Однак більшість досліджень щодо повідомлень поганих новин зосереджувались на хворих на рак, а згодом застосовувались для повідомлення поганих або серйозних новин в нелогічних умовах.

Окрім протоколів, які допомагають у повідомленні поганих новин можна ще виділити такі клінічні рекомендації:

Кількість інформації, яку пацієнти хочуть отримати про свій діагноз, варіюється залежно від культури, рівня освіти, віку та статі.

Під час та після, медичні працівники можуть зазнати стрес повідомлення поганих новин, що це може негативно вплинути на взаємодію з іншими пацієнтами, колегами та родиною.

Повідомляючи погані новини, дотримуйтеся конфіденційності, обмежуючи розголошення серед членів сім'ю, якщо цього бажає пацієнт.

Повідомляючи погані новини, використовуйте нетехнічні слова та уникайте медичної термінології. Забезпечте співпереживання, уникайте емоційної відчуженості і дайте пацієнтам час для вираження емоцій.

Повідомляючи погані новини, реагуйте на емоції пацієнтів, коли вони виникають, використовуйте емпатійні висловлювання, перевіряйте відповіді та задавайте дослідницькі питання, коли емоція незрозуміла.

Використовуйте навчальні програми, такі як курси комунікації, стандартизовані сценарії розвитку пацієнтів та інтерактивні комп'ютерні курси, щоб вдосконалити навички передавання поганих новин.

У патерналістській моделі догляду за пацієнтом медичний працівник виконує обов'язки опікуна пацієнта, надаючи вибрану інформацію, яка спрямовує пацієнта на те, що медичний спеціаліст визнає найкращим рішенням. Модель прийняття рішень, орієнтована на пацієнта, стала поширеною в кінці 20 століття що спонукало до публікації кількох рекомендацій щодо консенсусу експертів, щоб допомогти медичним працівникам повідомляти погані новини. У той же час підвищена увага приділяється медичній допомозі після закінчення навчання навичок спілкування в медичному закладі. Також було посилено вивчення уподобань пацієнтів, намагаючись рухатись до науково обґрунтованих настанов.

Більшість пацієнтів вважають за краще знати свій діагноз, але кількість інформації, яку вони хочуть, різниться залежно від демографічних показників. Наприклад, пацієнти молодшого віку, пацієнти жіночої статі та пацієнти з вищою освітою прагнуть отримати більш детальну інформацію.

Обсяг інформації також залежить від культурних норм та етнічної приналежності. Наприклад, одне дослідження показало, що корейські американці та американці Мексики частіше віддають перевагу сімейно орієнтованій моделі медичного рішення; на відміну від них, афроамериканці та європейські американці віддають перевагу моделі з більш індивідуальною автономією пацієнта. З огляду на такі нюанси, важливо, щоб медичні працівники визнавали та визначали переваги пацієнтів перед тим, як повідомляти погані чи серйозні новини.

Пацієнти вважають за краще отримувати погані новини особисто з усією увагою медичних працівників, і вони хочуть бути впевненими у професійності медичного спеціаліста. Пацієнти бажають чесності, простої та зрозумілої мови, яку вони можуть зрозуміти, і достатнього часу для запитань. Навіть серед пацієнтів, які бажаючи деталей діагностики та варіантів лікування, багатьох пацієнтів не цікавить конкретний прогноз

Порівняно з століттям тому, коли більшість смертей сталося вдома, зараз більшість смертей відбувається в лікарні. Оскільки багатьом людям бракує

власного досвіду зі смертю, обговорення її може бути складнішим. Пацієнти мають нереальні очікування щодо здоров'я та життя, можливо, другорядні в порівнянні з перебільшеними повідомленнями про досягнення медицини чи нереальними телевізійними зображеннями. Наприклад, вигаданий показник виживання серцево-легеневої реанімації, що відображається по телебаченню, удвічі перевищує статистику реального життя. Крім того, релігійне різноманіття робить все більш поширеним, що фахівець медичної галузі та пацієнт мають різні погляди на потойбічне життя.

Медичні працівники з різних причин (наприклад, чутливість до культурних норм, емоційний стан пацієнта, повага до побажань пацієнта та сім'ї, страх знищити надію) часто затримують подання інформації, частково її подають або завищують виживання. Неможливість ефективно та правдиво повідомити погані новини можуть призвести до розгубленості пацієнта. Наприклад, одне дослідження пацієнтів з невиліковним раком легенів, які отримують паліативне випромінювання, виявило, що більше 60% вважають, що їх лікування може призвести довилікування. Хоча погані новини спочатку можуть збільшити психологічний стрес, повне і точне розкриття інформації може допомогти пацієнту та родині як емоційно так і практично, роблячи час, який залишився у пацієнта, якомога змістовнішим.

Існує декілька протоколів, які можуть допомагати при повідомленні поганих або серйозних новин, нижче ми розглянемо деякі з них. Загальні теми протоколів включають встановлення взаємозв'язку у відповідній обстановці, визначення попередніх знань та прагнення пацієнта до деталей, уникаючи медичний жаргон та терміни, що підтримують емоції пацієнта, дозволяють задавати запитання, підбиваючи підсумки та визначаючи наступні кроки.

Протокол ABCDE для надання поганих новин.

Розширена підготовка.

Перегляньте історію хвороби пацієнта, подумки репетируйте та емоційно готуйтеся. Якщо пацієнт бажає, домовтесь про підтримку з боку рідних. Визначте, що пацієнт знає про свою хворобу.

Побудуйте терапевтичне середовище / стосунки.

Забезпечте достатньо часу та конфіденційності. Забезпечте місця для всіх. Підтримуйте зоровий контакт і сідайте досить близько, щоб торкнутися пацієнта, якщо це доречно.

Правильна комунікація.

Уникайте медичної термінології та використовуйте просту мову. Залиште тишу і рухайтесь в темпі пацієнта.

Займіться реакцією пацієнта та сім'ї.

Звертайте увагу на емоції, коли вони виникають. Активно слухайте, досліджуйте почуття та висловлюйте співпереживання.

Заохочуйте та підтверджуйте емоції.

Виправте дезінформацію. Дослідіть, що погані новини означають для пацієнта. Будьте в курсі своїх емоцій та емоцій свого персоналу.

BREAKS Протокол повідомлення поганих новин.

В – (Background) передумови

Потрібно знати історію хворого, історію хвороби та сім'ю чи особу, яка її підтримує.

R – (Rapport) доповідь

Побудуйте взаємозв'язок і дайте час і простір, щоб зрозуміти проблеми пацієнта.

E – (Explore) дослідження

Визначте розуміння пацієнта і починайте з того, що пацієнт знає про хворобу.

A – (Announce) повідомлення

Вступіть до повідомлення поганих новин з попередження. Використовувати немедичну мову. Уникайте довгих пояснень чи розповідей інших пацієнтів. Давайте одночасно не більше трьох відомостей.

K – (Kindle) розпалювання

Звертайтеся до емоцій, коли вони виникають. Попросіть пацієнта розповісти, що ви сказали. Майте на увазі, що пацієнт може заперечувати і не одразу сприймати всю інформацію.

S – (Summarize) підсумки

Підсумуйте погані новини та занепокоєння пацієнта. Надайте письмове резюме для пацієнта. Забезпечте безпеку пацієнта (наприклад, самогубство, здатність безпечно повернутись додому) та надайте можливості подальшого спостереження (наприклад, виклик лікаря, телефон довіри, прийом в офіс).

Протокол "NURSE" для вираження емпатії.

Найменування (Name).

Приклади фраз:

"Здається, вас турбує ..."

"Цікаво, чи ти відчуваєш гнів".

Розуміння (Understand).

"Я розумію, про що ви говорите, ви переживаєте, як ваші процедури вплинуть на вашу роботу".

"Це було для вас надзвичайно складно".

Шанобливість (Respect).

"У вас так багато сил для боротьби".

"Я вражений тим, наскільки добре ви пройшли лікування".

Підтримка (Support).

"Я буду з вами під час процедур".

"Будь ласка, дайте мені знати, чим я можу допомогти вам".

Вивчення(Explore).

"Розкажіть мені більше про своє занепокоєння щодо побічних ефектів лікування".

"Ви згадали, що боїтеся того, як ваші діти сприймуть новини. Ви можете сказати мені більше про це? "

При повідомленні поганих новин також використовується протокол SPIKES. Він чудово себе зарекомендував тим, що дає можливість хворому сприйняти важку для себе інформацію в більш емоційно врівноваженому стані.

S – (SETTING UP the interview) підготовка бесіди

Переконайтеся, що ви з пацієнтом знаходитесь в комфортній кімнаті. В ідеалі це повинна бути спеціальна окрема кімната. Як варіант, може використовуватись палата пацієнта, але обов'язково пацієнт має бути там сам. Або, за його бажанням, можуть бути присутніми його родичі (1-2, не більше). Конфіденційність має бути забезпечена!

Розмову вести сидячи – це допомагає розслабитись та показати, що ви нікуди не поспішаєте. Підтримувати контакт очима для встановлення рапорту. Якщо пацієнту це комфортно, можна його торкнутись або взяти за руку. В ідеалі потрібно створити умови, в яких вас не будуть перебивати. Але якщо така ситуація можлива – повідомити про це пацієнта.

P – (Assessing the Patient's PERCEPTION) Оцінка сприйняття пацієнта

Перед тим як давати пацієнту будь-яку інформацію, слід дізнатись, що пацієнт вже знає. Наприклад: «Що Ви вже знаєте про свій теперішній стан здоров'я, що Ви можете розповісти з цього приводу?», «Чи розумієте Ви, чому Вам зробили МРТ/КТ/біопсію?».

Якщо у пацієнта хибне уявлення про свій стан здоров'я, слід йому пояснити його стан більш детально. Також важливим є визначити чи у пацієнта є якась форма заперечення захворювання: пропускає у своїй розповіді важливі «погані» деталі захворювання, має нереалістичні уявлення щодо лікування тощо.

I – (Obtaining Patient's INVITATION) Запрошення пацієнта

Слід запитати у пацієнта на яких моментах слід більш детально зупинитись під час розповіді: про лікування, результати обстеження тощо. Якщо пацієнт не хоче знати про деталі, повідомте пацієнту про можливість задати запитання в майбутньому, коли/якщо вони у нього з'являться. Запитати чи пацієнт хоче присутність когось із родичів, якщо це не було зроблено раніше.

«Я маю результати Вашого обстеження на сьогоднішній день, чи хотіли би Ви, щоб я їх пояснив більш детально?». «Чи бажаєте Ви, щоб були члени родини/друзі?»

K – (Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient) Повідомлення інформації

Повідомте про результати, починати слід із «тривожних дзвіночки». Є поширена ідея, що це допоможе потім зменшити дистрес пацієнта, коли медичний працівник буде повідомляти про прогноз, ніж повідомлення всіх поганих новин одразу.

E – (Addressing the Patient's EMOTIONS with Empathic Responses)

Розуміння емоцій пацієнта

Після кожної тези зробіть паузу та почекайте для того, щоб пацієнт задав запитання. Потім переходьте до наступної тези. На цьому етапі мовчання є найбільш адекватним, що може зробити медичний працівник, у пацієнта при повідомленні цих новини в голові може крутяться мільйон різних думок. Йому потрібен час для усвідомлення.

Якщо мовчання здається недоречним, можна запитати пацієнта про те, що він відчуває

Не слід починати все повністю пояснювати. На цьому етапі не слід намагатися повністю все пояснювати, лише відповідати на запитання пацієнта. Зазвичай, те, що відбувається зараз, через вплив емоцій пацієнт не запам'ятає. На запитання слід відповідати так, щоб пацієнту було зрозуміло. Уникайте надлишкової прямоти. Фраза: «У вас дуже агресивна злоякісна пухлина та ви скоро помрете», – є неприпустимою у якості повідомлення діагнозу.

«Як Ви знаєте, ми взяли біопсію (зразок тканини для обстеження), на жаль, результати виявились не такими, як ми сподівались» – зробіть паузу та зачекати.

«Мені прикро про це повідомляти / на жаль, але ми виявили пухлину».

Емоції та емпатія.

- Усвідомлюйте та відображайте емоції пацієнта (включаючи мову тіла).
- Не намагайтесь вирішити проблеми пацієнта або в чомусь його запевняти, просто слухайте та узагальнюйте/підсумовуйте те, що пацієнта турбує/непокоїть (це показує, що Ви слухаєте та проявляєте емпатію).
- Якщо мовчання затягнулося, можете спитати про їх емоції.
- «Я бачу, що ці новини – це величезний шок » зробити паузу та почекати.
- «Ви виглядаєте надзвичайно стурбованим» зробити паузу та зачекати.
- «Тож, як Ви мені сказали, ваш найбільше турбує те, як Ви повідомите про це дітям та втрата волосся (через хіміотерапію)?»
- «Як Ви зараз почуваетесь через ці новини?»
- «Ви зараз не говорите, чи можу я Вас поцікавитись, які думки метушаться зараз у Вас в голові?»
- «Що найбільше Вас тривожить?»

S – (STRATEGY and SUMMARY) стратегії та підсумки

Дійдіть згоди з пацієнтом щодо подальших дій.

Пацієнти, які мають чітке уявлення про своє майбутнє, з меншою ймовірністю відчуватимуть тривогу та невпевненість. Перш ніж обговорювати план лікування, запитайте пацієнта, чи готовий він зараз до цієї дискусії. Важливим є розповідати пацієнту про різні варіанти лікування, враховувати якісь його побажання ,адже це створить враження, що медичний працівник враховує бажання пацієнта і він є важливим. Розподіл відповідальності за прийняття такого рішення з пацієнтом також може зменшити будь-яке відчуття невдачі з боку медичного працівника якщо лікування виявиться неефективним. Перевірка на розуміння пацієнтом дискусії може запобігти схильності пацієнтів до завищення ефективності лікування або нерозуміння мети лікування. Медичні працівники часто відчувають дискомфорт при обговоренні прогнозу з

пацієнтом або варіанти лікування, якщо інформація несприятлива. На основі власного спостереження та даних інших досліджень можна вважати, що цей дискомфорт базується на переживаннях спеціаліста медичної галузі. Сюди входить невизначеність щодо очікувань пацієнта, страх зруйнувати надію пацієнта, страх власної безпорадності перед нестримно прогресуючою хворобою, відсутністю впевненість, що він зможе контролювати очікувані емоції пацієнта а іноді і невдачу за раніше оптимістично окреслений прогноз для пацієнта.

Цим складним розмовам може сприяти використання кількох прийомів.

По-перше, багато пацієнтів мають певне уявлення про ступінь тяжкості їх хвороби і обмежених варіантах лікування, але бояться поділитись ними або запитати про наслідки. Дослідження знань пацієнта, його очікування та сподівання (етап 2 Протоколу SPIKES) дозволяє медичному працівнику зрозуміти де пацієнт зараз перебуває у своїх поглядах та з цього моменту розпочати розмову. Коли пацієнти мають нереальні очікування, прохання пацієнта розповісти історію хвороби, як правило, виявляє страхи, тривогу та емоції, які криються за цими очікуваннями. Пацієнти можуть вбачати вирішення кількох актуальних для них проблеми ввилікуванні. Це може бути втрата роботи, неможливість піклуватися про сім'ю, біль і страждання, відчуття тягара для інших або обмежена рухливість. Вираження цих страхів і тривог є загальним явищем дозволяє пацієнту визнати серйозність свого стану. Якщо пацієнт став сумним, обговорюючи свої страхи, було б доречно звернутися до методів, описаних на кроці 5 протоколу SPIKES. По-друге, розуміння важливі конкретні цілі, які є у багатьох пацієнтів, такі як контроль симптомів та впевненість у тому, що вони отримують найкращі результати можливе лікування та постійний догляд дозволяє медичному працівнику сподіватися на досягнення цих цілей. Це може бути дуже обнадійливим для пацієнтів.

1.4 Особливості навчання дорослих

Ретельно розроблені та ефективні освітні програми та заходи мають важливе значення для підготовки медичних працівників до змін у застосуванні медичних технологій.

Для того, щоб відповідати на зростаючі вимоги до медичної освіти, ті хто навчає медичних працівників, повинні усвідомити, що дорослі вчаться інакше, ніж діти. Тривалі пасивні лекції не є ефективними способом сприяти нових знань дорослими.

Особливості їх навчання, зумовлені найбільше тим, що дорослі усвідомлюють сенс навчання, вони мають власний досвід, який може використовуватись як джерело навчання. Для них основним є розвиток навичок, необхідних для професійного та особистого росту.

З огляду на існуючий багаж знань доросла особистість важко сприймає щось нове, відмінне від уставлених звичок, тому здобуття нових знань чи вмінь має мати позитивний вплив на якість їх професійного та особистого життя.

Щоб ефективніше охопити аудиторію медперсоналу, педагоги повинні розуміти набір припущень щодо дорослих учнів. У своєму значенні освіти дорослих Ліндемман визначив п'ять ключових припущень про дорослих учнів (Lindeman, 1926).

1. Дорослі мають мотивацію до навчання, коли відчувають задоволення своїх потреб та інтерес; Тому, навчальна діяльність повинна бути зосереджена навколо цих пунктів.

2. Орієнтація дорослих на навчання орієнтована на життя; відповідні основи для організації навчання - це життєві ситуації, а не предмети. Наприклад, тренінг у медичного працівника з мотиваційної співбесіди слід починати і закінчувати роздумами про важливість цієї навички у житті як стажиста так і клініциста.

3. Досвід є найбагатшим джерелом для навчання дорослих; тому роздуми про досвід є основною методологією освіти дорослих. Наприклад, обговорення великих раундів щодо антибіотикотерапії сепсису може початися з опису досвіду роботи медичних фахівців, які стикались із сепсисом пацієнтів.

4. Дорослі мають глибоку потребу в саморежисурі; отже, вчителі повинні займатись із запитом студента, а не слугувати оракулом знань. Для прикладу, студентам-медикам можна було б запропонувати звітувати про статті журналів інтерес до них або їх сімей (у межах певного вибору, який потрібно забезпечити всебічно висвітлити цілі навчання).

5. Індивідуальні відмінності серед людей збільшуються з віком; отже, навчаючи дорослих слід оптимізувати навчання, враховуючи відмінності в стилі, місце і час навчання.

Загалом можна виділити кілька особливостей навчання дорослих, зокрема те що найкращою мотивацією для їх навчання є задоволення ним власних потреб у житті або роботі, також найкращі результати дорослі показують коли вчаться з особистих причин і розуміють, що це важливо в першу чергу для них самих. Дорослі вчаться тільки за власним бажанням, і якщо їх сподівання не "виправдовуються" то вони можуть перестати вчитись. Для них надзвичайно важливо брати активну участь у навчальному процесі з залученням власного досвіду і за можливості допомагати один одному.

Мотивація до навчання повинна бути внутрішньою і зосереджена на потребах та досвіді того, хто навчається. Більшість медиків погодяться, що їхні клінічні навички насправді є частиною їх самих.

У своєму дослідженні навчання дорослих Сайріл Хоул (1961) виділив три типи навчання. Ці стилі навчання Хоула включають цілеспрямованість, орієнтацію на діяльність та на навчання. Люди, які навчаються і є цілеспрямованими використовують освіту як досягнення мети. Вони стурбовані досягненням визначених цілей, і навчаються в епізодах, які починаються з виявлення конкретної потреби у навчанні. Існує відсутність наступності між їх навчальним досвідом, але ці навчальні епізоди є періодичними. Орієнтовані на діяльність, отримують знання і користь від частої взаємодії людей. Особи, орієнтовані на навчання, більше стурбовані самим процесом навчання, а не "призначенням" засвоєних знань. Вони вчаться заради навчання.

Також не можна забувати, що кожна людина індивідуальна в плані запам'ятовування, тому її навчання відбувається по-різному як особисто так між іншими людьми, що вчать разом з нею. Хоча одна людина може віддати перевагу навчанню читаючи документ, інша може віддати перевагу прослуховуванню презентації. І все-таки третя особа може вчитися найкраще, беручи участь у якійсь груповій діяльності. Спосіб, у якому людина найефективніше отримує та використовує інформацію, може бути описаний як її пізнавальний стиль. Лонг (1983) зазначив, що вивчення когнітивних стилів розпочалося тоді, коли дослідники визначали відмінності в навчальній поведінці людей. Він зробив спостереження що деякі люди вивчають такі речі, як мова, краще, ніж математика, а інші - це протилежні їм. Він прокоментував, що "не тільки люди відрізняються своєю ефективністю навчання відповідно до змісту, але вони також відрізняються залежно від свого підходу до навчального завдання". Віткін та ін. встановили, що когнітивний стиль є вагомим фактором, що сприяє вибору академічної та професійної діяльності. Люди навчаються в такий спосіб, яким вчителі викладають незважаючи на важливість когнітивного стилю.

Для висвітлення проблеми навчання дорослих досить часто застосовують чотирьохступеневу емпіричну модель процесу засвоєння та навчання людиною нової інформації, яку називають "Цикл Колба" (1984 р.) У своїй теорії експериментального навчання Д. А. Колб стверджував, що навчання це "Процес, за допомогою якого знання створюються шляхом трансформації досвіду, а знання є результатом поєднання охоплюючого та перетворюючого досвіду"

Згідно цієї теорії люди засвоюють інформацію за допомогою чотирьох способів, вибравши для себе оптимальний:

1. досвіду;
2. спостереження і рефлексії;
3. за допомогою абстрактної концептуалізації;
4. шляхом активного експериментування.

Ролі викладача та учня залишаються важливими у виборі стратегії викладання. Найефективнішою стратегією буде та яка вимагає, щоб вчителі були активними учасниками навчального процесу. "Викладачі - це діагностики, селектори, організатори, синтезатори, ведучі, допитувачі та екзаменатори", тоді студенти залишаються "приймачами та релетерами". Фізичні, когнітивні та емоційні очікування, як покладаються на людей, що здобувають навчання не такі великі, як ті, що покладаються на вчителя. Замість того, щоб використовувати інформацію, передану на занятті, від дорослих, що проходять навчання, очікують на їх навчання поза класом.

Хайман описує ефективність поколінь як найбільшу перевагу представлення стратегії. Ефективність генерації відноситься до "символічної кристалізації і перетворення інформації", або здатність передавати велику кількість інформація, використовуючи слова, а не дії. Без символічного подання, кожне покоління було б змушене вчитися таким речам, як будувати будівлі, розпалювати вогонь і знову лікувати інфекції.

Презентація ж є ефективною з двох інших причин. По-перше, вчитель може швидко висвітлити багато тем. По-друге, за одне навчання люди можуть вчитися на інформації багатьох викладачів.

Переваги таких презентацій компенсуються значними недоліками. Студенти можуть не мати відношення до абстрактного характеру переданих символічних повідомлень і, отже, мало в них вчиться. Оскільки вчитель робить більшу частину розумової роботи, той, хто навчається, може бути навіть не зацікавлений у виконання когнітивних маніпуляції, необхідних для засвоєння інформації. Якщо вчитель намагається збільшити значущість для учня шляхом зовнішніх винагород чи іспитів, студенти можуть обурюватися процесом навчання і ще більше втрачати інтерес. Однак деякі вчителі вважають, що такі примусові прийоми необхідні для демонстрації засвоєного матеріалу. Хоча і викладання матеріалу зосереджене переважно на викладачу, той хто вчиться, може брати участь в цьому процесі шляхом постановки запитань. Запитання

служать для перевірки рівня розуміння і можуть попередити вчителя, коли поняття незрозуміле.

Вчителю потрібні питання для керівництва стільки, скільки для учнів уточнення. Такі методи, як декламація та програмоване навчання, значною мірою покладаються на опитування. У декламації вчитель керує дискусією між учнями запитань та подає інформацію для розробки відповідей учнів. Програмована інструкція спирається на питання як механізм зворотного зв'язку, який допомагає учням визначитися їх готовність переходити до більш складного матеріалу.

У навчанні дорослих досить важливо, щоб самі вчителі брали участь у цьому процесі процесі, щоб створити союз зі студентами та усвідомлювати, що студенти будуть запам'ятовувати краще з вивченого. Таким чином, вчитель повинен стежити за кроками, вчиненими студентами та формувати гіпотези.

Хайман узагальнив переваги стратегії, що сприяє навчанню дорослих, наступним чином: "Студенти навчаються охоче, захоплено та змістовно, коли мають активний, відповідний внесок у ситуацію викладання. Коли належним чином наділені повноваженнями для розв'язанням задачі, люди при вивченні нового дізнаються, що розв'язання проблеми вже є винагородою сама по собі. Зовнішні винагороди стають безглуздими, оскільки буде усвідомлення, що здатність працювати над проблемою - це власна винагорода. Коли вони зіткнуться з проблемою в майбутньому, вони будуть володіти інструментами потрібними для поетапного її вирішення, а не будуть розчарованими чи пригніченими через ситуацію що виникла.

Імплементація цих протоколів в клініці практики і навчання медичних працівників після дипломного рівня є нелегким завданням та передбачає застосування спеціальних технологій щодо навчання дорослих, зокрема тренінгів.

Таким чином робота в галузі медичної практики супроводить потребою повідомлення пацієнтам поганих новин (неприємної інформації). Найбільше занепокоєння в цій ситуації викликає психо-емоційний стан як і пацієнта так і

медичного працівника, причому медичний працівник «страждає» до початку процесу, натомість пацієнти після. Рано чи пізно кожен медичний працівник стикнеться з такою потребою.

Тому застосування спеціальних розроблених алгоритмів, щодо правильного повідомлення поганих новин, позитивно впливають на психоемоційний стан, як пацієнта так і медичного працівника.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Загальна характеристика закладу

Дослідження проведено на базі КНП Тернопільський обласний перинатальний центр “Мати і дитина”.

Тернопільський обласний перинатальний центр - заклад, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу вагітним, роділлям, породіллям та пацієнткам з гінекологічними захворюваннями. Тернопільський обласний заклад розгорнуто 160 ліжок, серед яких відділення пологове та післяпологове – 45 ліжок, патології вагітних – 30 ліжок, в оперативній гінекології - 30 ліжок, в відділенні медицини патології плода – 35 ліжок. Також в закладі є відділення Анестезіології – 8 ліжок, ВІТН - 6 ліжок, неонатального догляду 45 ліжок та денний стаціонар на 103 ліжка.

План ліжко-днів по закладу 50600 та по відділах відповідно післяпологове та пологове - 13500, відділ патології - 9000, екстрагенітальної патології - 6000, оперативна гінекологія - 10200, у відділенні медицини патології плода - 10900.

Фактично виконаних ліжко днів – 44896(88,73%), у відділах післяпологове та пологове – 7209 (53,40), патологія – 11826 (131,40%), екстрагенітальна патологія – 7377(122,95%), оперативна гінекологія – 7363(72,19%), у відділенні медицини патології плода – 9835 (82,65%), анестезіологія – 1286, ВІТН - 1017, відділ неонатального догляду – 6160.

Померло хворих по відділеннях оперативна гінекологія - 1, у відділенні медицини патології плода - 2, ВІТН діти до 7 днів - 12, після 7 днів - 3.

Середнє перебування хворих на ліжку у закладі 8,79, у відділах післяпологове і пологове - 4,55, патологія - 12,01, екстрагенітальна патологія - 13,29, оперативна гінекологія - 8,28, у відділенні медицини патології плода 8,96.

Зайнятість та робота ліжка - 280,60, післяпологове та пологове відділення - 160,20, патологія - 394,20, екстрагенітальна патологія 368,85, оперативна гінекологія - 254,43, в відділенні медицини патології плода - 281,00

Обіг ліжка - 31,95, післяпологове та пологове відділення - 35,18, патологія - 32,82, екстрагенітальна патологія - 27,75, оперативна гінекологія 29,63, у відділенні медицини патології плода - 31,37

2.2. Аналіз медичної документації

Проведено аналіз журналу запису пологів в стаціонарі форма № 010/о пологового відділення Тернопільського обласного перинатального центру «Мати і дитина».

2.3. Оцінка психоемоційного стану та настрою

Тест "САН (самопочуття, активність, настрої)", використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації). Опитувальник "САН" – містить 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою.

Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані.

Таблиця 2.1

Бланк тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

1	Самопочуття хороше	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
2	Почуваю себе сильним	3	2	1	0	1	2	3	Почуваю себе слабким
3	Пасивний	3	2	1	0	1	2	3	Активний
4	Малорухомий	3	2	1	0	1	2	3	Рухливий

5	Веселий	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
6	Гарний настрій	3	2	1	0	1	2	3	Поганий настрій
7	Працездатний	3	2	1	0	1	2	3	Розбитий
8	Повний сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
9	Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий
10	Бездіяльний	3	2	1	0	1	2	3	Діяльний
11	Щасливий	3	2	1	0	1	2	3	Нещасний
12	Життєрадісний	3	2	1	0	1	2	3	Похмурий
13	Напружений	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
14	Здоровий	3	2	1	0	1	2	3	Хворий
15	Безучасний	3	2	1	0	1	2	3	Захоплений
16	Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Схвильований
17	Захоплений	3	2	1	0	1	2	3	Сумовитий
18	Радісний	3	2	1	0	1	2	3	Засмучений
19	Відпочивший	3	2	1	0	1	2	3	Втомлений
20	Свіжий	3	2	1	0	1	2	3	Виснажений
21	Сонливий	3	2	1	0	1	2	3	Збуджений
22	Бажання відпочити	3	2	1	0	1	2	3	Бажання працювати
23	Спокійний	3	2	1	0	1	2	3	Зклопотаний
24	Оптимістичний	3	2	1	0	1	2	3	Песимістичний
25	Витривалий	3	2	1	0	1	2	3	Такий, що швидко стомлюється
26	Бадьорий	3	2	1	0	1	2	3	В'ялий
27	Міркувати важко	3	2	1	0	1	2	3	Міркувати легко
28	Розсіяний	3	2	1	0	1	2	3	Уважний
29	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований
30	Задоволений	3	2	1	0	1	2	3	Невдоволений

Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах

- "самопочуття", "активність", "настрій" (відповідно до ключа).

Оцінка самопочуття - сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Оцінка активності - сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Оцінка настрою - сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

- < 30 балів - низька оцінка;
- 30 - 50 балів - середня оцінка;
- 50 балів - висока оцінка.

Заповнюється підсумкова таблиця, робиться висновок про поточний рівень самопочуття, активності та настрою обстеженої особи, відповідно до її результатів, отриманих за допомогою даного тестування.

Оцінка настрою проводилася за кольоровою аналоговою шкалою. Пацієнткам було запропоновано вибрати один з варіантів зображених на колірній аналоговій шкалі, який, на їхню думку найбільше підходить під їх настрій.



Рис. 2.1 Шкала настрою

1. червоний колір – роздратованість, злість, поганий настрій;
2. оранжевий колір – відчуття смутку і меланхолії;
3. жовтий колір – байдужість до того, що відбувається навколо;
4. салатовий колір – відчуття спокою і безпеки;
5. зелений колір – піднятий настрій, щасливі емоції.

2.4.Способи навчання дорослих

Повідомлення поганих новин є досить складною комунікативною задачею і правильне подання такої інформації потребує певних навичок. Об'єктом нашого навчання є дорослі люди, зі своїм досвідом, тому такі методи навчання як лекції, презентації з даних тем не є достатньо ефективними. Зі всіх методів навчання було вибрано тренінг, як один із найефективніших.

Тренінг – це форма групової роботи, що забезпечує активну участь і творчу взаємодію учасників між собою і з тренером. На тренінговому занятті перевага віддається діяльності "учнів", особистий досвід яких є основою для навчання. "Учитель" на тренінгу відіграє роль фасилітатора (від англ. facilitate — допомагати, полегшувати, сприяти). Він скеровує діяльність та взаємодію учасників на вивчення теми та досягнення мети тренінгу.

При організації тренінгу для медичного персоналу основу становить мета, відповідно до якої в подальшому будуть підбрані матеріальні та інтелектуальні ресурси, прописана програма та визначені критерії для відбору учасників.

Ефективність тренінгу залежить від його структури та тривалості.

Темою нашого тренінгу було вибрано: "Мистецтво спілкування зі складними пацієнтами. Комунікативні протоколи для повідомлення поганих новин. Протокол SPIKES".

Метою даного тренінгу є навчити медичних працівників використовувати комунікативний протокол SPIKES для повідомлення поганих новин.

Для проведення даного навчання використовувались такі ресурси:

- стілець для кожного учасника;
- стіл та конспект для зручності занотовування;

- дошка (крейдяна або для спеціальних маркерів, стенд)
- кольорові олівці, маркери, воскові крейди, фарби, пензлики, ножиці, кольоровий папір;
- комп'ютер для показу презентації.

Для визначення складу групи відбирались учасники неоднорідні за віком, для того, щоб молоді спеціалісти могли отримувати досвід від більш досвідчених колег, які в свою чергу перейматимуть нові підходи до вивчення матеріалу. Також при підборі групи враховувалась зацікавленість медичних працівників у зв'язку з їх специфікою роботи.

План роботи:

- знайомство;
- перегляд інтерактивних презентацій;
- інформаційні повідомлення, мозкові штурми;
- міні лекції з елементами бесіди;
- самонавчання та взаємонавчання;
- відповіді на питання, опитування думок;
- робота в малих групах;
- виконання проектів;
- аналіз історій на ситуацій;
- керовані дискусії та дебати;
- підбиття підсумків;
- оцінка ефективності тренінгу;

2.5. Статистичний аналіз

Математичну обробку цифрових даних здійснювали за допомогою програмного забезпечення «Excel» («Microsoft», США) та «STATISTICA» 6.0 («Statsoft», США) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки одержаних даних. Для всіх показників розраховували значення середньої арифметичної вибірки (M), її дисперсії і помилки середньої (m).

Достовірність різниці значень між незалежними кількісними величинами визначали при нормальному розподілі за критерієм Стьюдента.

РОЗДІЛ 3 ОЦІНКА ПОТРЕБИ ТА СПОСОБІВ ПОВІДОМЛЕННЯ ПОГАНИХ НОВИН В УМОВАХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРУ

3.1. Частота повідомлення поганих новин в перинатальному центрі

В перинатальному центрі за 2019 рік відбулось 2161 пологів, завдяки яким на світ з'явилися 2191 дитини. Але чимала кількість вагітностей мали ускладнений перебіг, що вимагало госпіталізації та інтервенції, в тому числі і планових чи ургентних дострокових родорозршень. Окрім того, гестаційний процес нерідко завершується антенатальною загибеллю плода. Всі ці випадки є стресом для сім'ї і потребують відповідної комунікації з боку медичного персоналу.

Проаналізовано медичну документацію (історія пологів форма № 096/о) пацієнтів, які поступали у родильні відділення за 3 місяці з 1 листопада 2019 року по 30 січня 2020 року. За даний період часу у відділ було госпіталізовано 902 жінки. Серед них 413 (45,78%) пацієток було переведено у відділ патології, а 498 (55,21%) – вагітність завершилась пологами.

Нами проведено детальний аналіз перебігу пологів, які відбулись за досліджуваний період. За цей час відбулося 443 (88,95%) термінових пологів, 55(11,04%) передчасних, з яких в терміні 26– 34 тижні– 22(40%).



Рис. 3.1. Співвідношення термінових та передчасних пологів

Родорозрішення проведено через природні пологові шляхи у 356 (71,48%) роділів, шляхом кесарського розтину – у 142(28,51%), з яких в ургентному порядку – 56(39,43%), при чому 24 (16,90%) – категорія ургентності I, у 19 (13,38%) – категорія ургентності II, у 13 (9,15%) – категорія ургентності III.

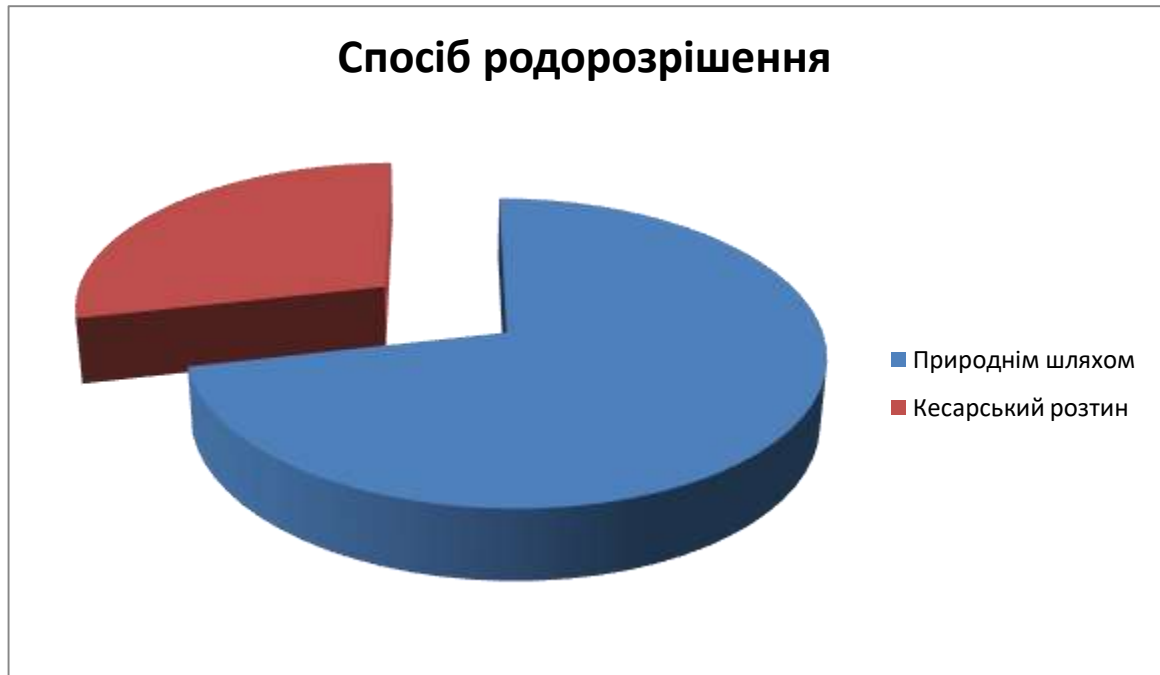


Рис. 3.2. Співвідношення пологів через природні пологові шляхи та за допомогою кесарського розтину

Сам процес пологів вимагав проведення вакуум екстракції плоду в 7 (1,96%) випадках через дистрес чи слабкість пологової діяльності.

Причинами для ургентних кесарських розтинів були дистрес плоду 22 (15,49%) випадках, передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти – у 3 (2,11%) випадках, обструктивні пологи – у 7 (4,92%) випадках, аномалії пологової діяльності – у 10 (7,04%) випадках.



Рис.3.3. Співвідношення причин ургентних кесарських розтинів

Хірургічні втручання, окрім кесарських розтинів, були розширені до перев'язки маткових труб, видалення матки 4 (2,81%) рази.

У 8 (1,60%) випадках пологи ускладнювались масивною кровотечею (більше 1 літра), що вимагало інтенсивної терапії в після пологовому періоді.

Серед 502 новонароджених дітей народились з оцінкою по Апгар менше 7 балів 14 (2,78%) дітей, що вимагало проведення реанімаційних заходів безпосередньо в родзалі, а 13 (2,58%) потребували подальшого лікування в ВІТН.

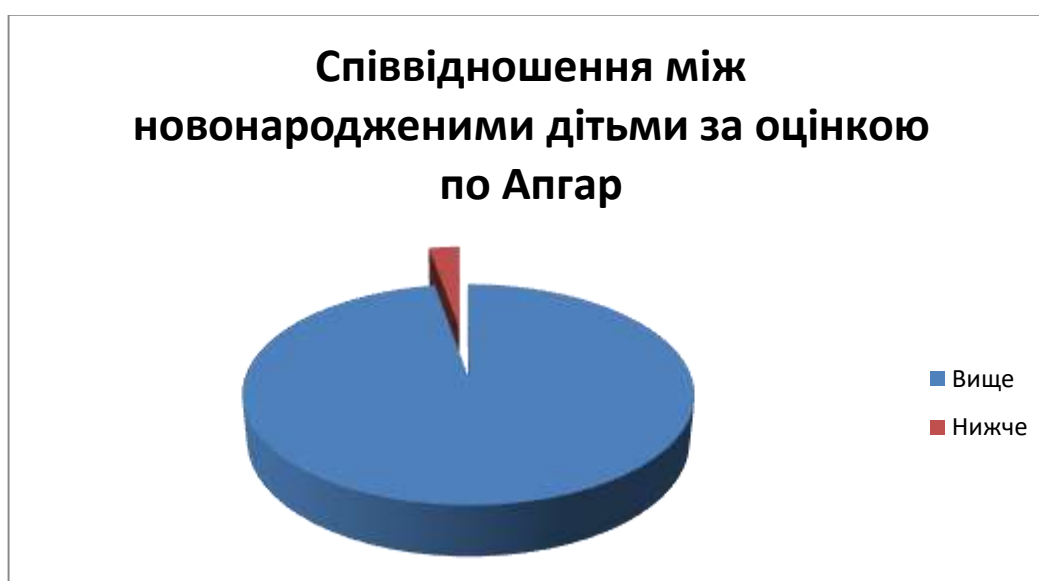


Рис. 3.4. Співвідношення між новонародженими дітьми з оцінкою по Апгар 7 балів і вище та 6 балів і нижче

За досліджуваний період було 6 (1,19%) мертвонароджень, та 4 (0,79%) дітей померло в ранньому неонатальному періоді.

Таким чином, візит в пологовий заклад, та народження дитини, які б мали супроводжуватись радістю та приємними емоціями в чималій кількості випадків є неприємними і належать до категорії "поганих новин", та супроводжуються негативними емоціями і поганим настроєм, що негативно впливає на стан пацієнта, саме тому необхідними є використання певних комунікативних протоколів для зменшення негативного впливу "поганих новин" на стан пацієнта та його здоров'я.

3.2.Оцінка психо-емоційного стану пацієнта при повідомленні поганих новин

Нами проведено оцінку психо-емоційного стану 32 пацієнтів, яким були повідомленні погані новини, у зв'язку з ускладненим перебігом вагітності чи пологів. Серед них було 12 (37,5 %) жінок, які потребували термінового родорозрішення шляхом кесарського розтину (категорія ургентності II-II), 16 (50,0 %) вагітних – через природні пологові шляхи в зв'язку з важким загальним станом зумовленим акушерськими ускладненнями (важка прееклампсія) та 4 (12,5 %) – соматичними захворюваннями.

Таблиця 3.1.

Оцінка настрою пацієнтів після отримання поганих новин

Оцінка	абс.	%
Зелений (піднятий настрій, щасливі емоції)	3	9,37
Салатовий (відчуття спокою і безпеки)	12	37,5
Жовтий (апатія, байдужість до того, що відбувається навколо)	10	31,25
Оранжевий (відчуття смутку і меланхолії)	6	18,75
Червоний (роздратованість, злість, поганий настрій)	1	3,12

Як видно з таблиці 3.1 у всіх 32 (100%) пацієток мало місце погіршення настрою та пригнічення, 3 (9,37%) вагітних/роділь ідентифікували у себе піднятий настрій, щасливі емоції, 12 (31,25%) – відчували себе спокійно і безпечно, 10 (31,25%) – були досить апатичними та байдужими до того, що відбувається навколо, 6 (18,75%) відзначили у себе відчуття смутку та меланхолії і 1 (3,12%) були роздратованими, відчували злість та визначили свій настрій поганим. Слід зазначити, що більший вплив на емоційний стан жінки мав стан дитини, ніж стан самої вагітної/роділлі. Тобто у жінок, у яких потреба в інтервенціях була пов'язана погіршенням стану дитини викликала більші переживання, які супроводжувалися погіршенням настрою.

Таблиця 3.2.

**Оцінка самопочуття, активності та настрою за шкалою
диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)**

Оцінка	Самопочуття		Активність		Настрій	
	абс	%	абс	%	абс	%
Низька	10	31,25%	14	43,75%	6	18,75%
Середня	19	59,37%	16	50,00%	19	59,37%
Висока	3	9,37%	2	6,25%	7	21,87%

Як показали наші дослідження, 10 (31,25%) жінок мали погане самопочуття, 19 (59,37%) відчували незначне погіршення свого стану і 9,37% відчували себе добре.

Також 14 (43,75%) жінок повідомили нам про значне зниження своєї активності, 16 (50,00%) – відчували помірну слабкість і тільки 2 (6,25%) мали хорошу фізичну активність.

6 (18,75%) пацієток ідентифікували у себе відчуття смутку, роздратованості та значне погіршення настрою, у 10 (59,37%) були досить апатичними та байдужими, і тільки у 7 (21,87%) відзначили свій настрій піднятим і хорошим.

3.3. Аналіз наявних клінічних протоколів, які застосовуються для повідомлення поганих новин

Заняття медициною приносить задоволення, коли медичний персонал може допомогти пацієнту одужати від хвороби. Але бувають випадки, коли потрібно повідомляти пацієнту деяку неприємну інформацію, що супроводжується негативними емоціями про його прогноз. І не всі готові вибути носіями поганих новин.

Є способи підготуватися до того, щоб зробити все можливе у цій важкій ситуації. Перевіреними методами є застосування певних комунікативних алгоритмів – SPIKES, BREAKS, ABCDE та NURSE. Ці протоколи допомагають повідомити поганими новинами пацієнту таким чином, щоб максимально зменшити їх негативну емоційну забарвленість з максимально вираженою емпатією. А щоб розібратись який з даних протоколів є ефективнішим потрібно детальніше розглянути їх і порівняти.

Таблиця 3.3

Практичний підхід до повідомлення поганих новин

SPIKES	BREAKS	ABCDE	NURSE
S – (SETTING UP the interview) підготовка бесіди	B – (Background) передумови	A – (advance) підготуватися до бесіди;	N – (Name) назвати чи відзеркалити емоцію
P – (Assessing the Patient's PERCEPTION) Оцінка сприйняття пацієнта	R – (Rapport) доповідь	B – (build) створити терапевтичну атмосферу й налагодити контакт із пацієнтом;	U – (Understand) зрозуміти емоцію
I – (Obtaining Patient's INVITATION) Запрошення пацієнта	A – (Announce) повідомлення		R – (Respect) проявити
K – (Giving	K – (Kindle)		

<p>KNOWLEDGE and Information to the Patient) Повідомлення інформації</p> <p>E – (Addressing the Patient’s EMOTIONS with Empathic Responses) Розуміння емоцій пацієнта</p> <p>S – (STRATEGY and SUMMARY) стратегії та підсумки</p>	<p>розпалювання</p> <p>S – (Summarize) підсумки</p>	<p>C – (communicate) здійснити якісну комунікацію; D – (deal) пропрацювати реакції пацієнта та його близьких; E – (encourage) підтримати й озвучити право пацієнта та його близьких висловлювати будь-які емоції</p>	<p>повагу</p> <p>S – (Support) підтримати E – (Explore) розкрити емоції докладніше</p>
---	---	--	--

Потрібно відмітити, що всі протоколи, окрім протоколу NURSE, містять етапи підготовки та рекомендації після повідомлення. А протокол NURSE є корисним допоміжним засобом для повідомлення поганих новин, який допомагає всебічно та належним чином реагувати на емоції пацієнтів та виражати емпатію.

Протоколи SPIKES, BREAKS та ABCDE є ступеневими, щоб їх порівняти потрібно проаналізувати кожен крок.

Перший крок кожного протоколу це організація зустрічі та про створення теплої і привітного простору, налагодження зв'язку з пацієнтом, оскільки погані новини змінюють життя даного пацієнта, тому потрібно знайти час, щоб показати співпрацю та емоційний зв'язок. Якщо є потреба, то слід запросити сім'ю чи близьких друзів для підтримки. Також цей крок означає, що медичний

персонал повинен знати ситуацію пацієнта, а не тільки його діагноз та прогноз, але також їх соціально-економічний та освітній статус, а також систему підтримки.

На другому етапі протоколи наголошують на додаткову емоційну підготовку пацієнта та встановлення комунікативного контакту. Також дають можливість визначення побажання пацієнта щодо того, наскільки багато він хоче знати про свій стан. На цьому етапі важливо більше слухати, ніж говорити. Протокол SPIKES також наголошує, що на даний момент немає необхідності заперечувати пацієнту через неточні переконання.

На третьому етапі протоколу ABCDE медичний працівник ділиться знаннями та інформацією зі своїм пацієнтом. Знову ж таки, важливо запитати у пацієнта, скільки він знає і розуміє про свій стан, і зустрітись там. Протоколи SPIKES, BREAKS на третьому етапі говорять нам про додаткову перевірку знань пацієнта про свій стан. Вони радять почати з того, що пацієнт знає, і досліджувати звідти. Іноді пацієнт буде добре поінформований, але інші можуть бути дезінформованими та потребуватиме додаткових вказівок. Протокол SPIKES визнає, що кожен пацієнт має право не знати деталей, якщо не готовий до них. Потрібно зачекати дозволу свого пацієнта, перш ніж продовжувати повідомляти новини, та, якщо він не готовий до деталей, не потрібно змушувати їх слухати.

У протоколах SPIKES та BREAKS на четвертому етапі йдеться про розкриття суті негативної інформації. Пацієнту часто потрібно буде говорити чітко, простою мовою, а не медичними термінами, враховуючи особливості особистості. Потрібно перевіряти чи зрозуміло те, що сказано. З цією частиною протоколу поспішати не варто. А також приділяти увагу емоціям, якщо пацієнт дуже емоційний потрібно віддзеркалити його емоції і продовжуйте співпереживати.

У протоколі NURSE, на четвертому етапі протоколу ABCDE, на п'ятому етапі протоколів SPIKES та BREAKS за основу беруть емоції та переживання пацієнта. Оскільки повідомлення поганих новин є емоційним як для медичного

працівника, так і для пацієнта, потрібно правильно обрати місце для розмови, щоб пацієнт міг вільно демонструвати емоції та знайти спільну мову для подальшої співпраці. Щоб визначити реакцію пацієнта в подальшому потрібно оцінити емоції які зараз виражає пацієнт - смуток, шок, заперечення - і допомогти йому визначитись в своїх переживаннях. Слід оцінювати емоційні реакції та реагувати на них, враховуючи мову тіла. Розмову слід вести так, щоб рівень вашої реакції відповідав рівню емоцій, тобто сильні емоції повинні отримати сильну повагу та визнання. Слід прийняти точку зору пацієнта без осудження, надайте йому різноманітні джерела допомоги, дозволити брати участь у прийнятті рішень та надавати підтримку, щоб пацієнту було легше впоратись с отриманням негативної інформації необхідно вказати свою доступність, щоб продемонструвати партнерство і потребу у співпраці.

Останній етап протоколів SPIKES, BREAKS та ABCDE включають в себе проведення підсумків, налагодження подальшої співпраці. Навіть якщо лікування не є результативним, запропонуйте надію та підбадьорення щодо наявних варіантів. Спочатку обговоріть варіанти лікування та домовтеся про наступні зустрічі для прийняття рішень. Дослідіть, що означають новини для пацієнта. Запитайте про емоційні та духовні потреби пацієнта та про те, які системи підтримки він має. Запропонуйте рекомендації за потреби.

Кожен спеціаліст сам вибирає для себе найкращий метод для повідомлення поганих новин, але протокол SPIKES є найбільш ефективним, оскільки його обирає більшість медпрацівників у різних країнах світу. Даний протокол є досить простим і практичним, і допомагає медпрацівнику у виконанні найбільш важливих завдань при повідомленні поганих новин: отримання інформації від пацієнта , передача інформації пацієнту, надання психологічної підтримки, налагодження комунікативного контакту для подальшої співробітництва з пацієнтом для обговорення стратегії лікування. Даний протокол покращує клінічний навик повідомлення поганих новин, при таких ситуаціях, як виникнення небезпечного стану для життя і здоров'я пацієнта, рецидив захворювання, виявлення незворотніх побічних ефектів,

необхідність переведення пацієнта в хоспіс або відділ реанімації при відсутності лікування. Правильне повідомлення поганих новин є важливим навиком спілкування. Для повідомлення поганих новин, окрім вербального компонента необхідні і інші навички, такі як правильне реагування на емоційні реакції пацієнта, залучення пацієнта в процес прийняття рішень, робота над стресом пацієнта про очікуване лікування, участь в бесіді кількох родичів пацієнта, а також дилема про те, як дати надію в безнадійних ситуаціях. Невміння та труднощі при комунікації можуть створювати серйозні непорозуміння, такі як неправильне сприйняття пацієнтом прогнозу захворювання та мети лікування, труднощі із залученням в процес лікування самого пацієнта.

Протокол SPIKES спрощує розуміння процесів повідомлення поганих новин, які є його основою, а також розглядає цю процедуру, як ступеневий процес з використанням сталих принципів спілкування та консультування.

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ КОМУНІКАТИВНОГО ПРОТОКОЛУ SPIKES ПРИ ПОВІДОМЛЕННІ ПОГАНИХ НОВИН

4.1. Особливості навчання медичного персоналу

Вибір найкращих практик для навчання дорослих у медичних навчальних закладах є надзвичайно важливим. Медична освіта на всіх рівнях повинна бути розроблена таким чином, щоб забезпечити медичних працівників знаннями, клінічними навичками та професіоналізмом, необхідними для надання якісної допомоги пацієнтам. Кінцевим результатом якої є здоров'я пацієнта та стан здоров'я суспільства.

Можна виділити 4 найефективніших практики у навчанні дорослих в галузі медицини.

Сюди входять:

- використання стандартизованих протоколів спілкування з пацієнтами для розвитку комунікативних навичок;
- онлайн-тести для оцінки знань та сприяння самостійному навчанню;
- практичні заняття та відеокліпи для підвищення засвоєння навичок;
- обговорення на основі конкретних випадків для розвитку концепцій та навичок професіоналізму;

Ці практики підкреслюють, що досвід, зворотний зв'язок, можливість для відпрацювання навичок стимулюють самостійне навчання, та можуть бути використані під час навчання дорослих, оскільки медична практика потребує постійного розвитку впродовж життя.

Також у навчанні дорослих варто дотримуватись ряду практик :

Перша практика – запитувати, спостерігати, слухати – на семінарі-практикумі слухачі діляться власним досвідом з повідомлення та отримання поганих новини, це своєрідний процес, який стимулює їх оцінити власні здібності.

Друга практика – ознайомлення з інструкцією про проблему. Слухачі ознайомлюються з медичною літературою щодо сприйняття пацієнтами та медичними працівниками поганих новин та правильному їх поданню

Третя практика - застосування нової інформації як частину навчального процесу та розвиток спільні дії з вирішення проблем . Перед повідомлення поганих новин слухачам пропонується спільно розробити структуру такої бесіди. Оскільки, пацієнт їм невідомий до безпосередньої зустрічі, це вимагає застосування нещодавно вивчених концепцій під час складної розмови, для повідомлення поганих новин.

Четверта практика – слухачі практично відпрацьовують навички. Тренінг має обмежений час, тому більше часу зосереджено на питаннях групового обговорення та безпосереднього відпрацювання навичок.

Також варто звернути увагу на такі додаткові методи навчання як вікторини і тести, які не тільки слугують інструментом для підсумкового оцінювання ,а й можуть зацікавити тих хто навчається. Зокрема, дослідження продемонстрували поліпшення засвоєння матеріалу після повторного тестування порівняно з відсутністю тестування або повторним вивченням без тестування. На відміну від багаторазового вивчення, тестування вимагає активного пошуку інформації, ключової складової довготривалого запам'ятовування.

Формувальне оцінювання у формі вікторини може приносити користь у багатьох напрямках як викладачам, так і самим дорослим що навчаються. Учні не тільки краще зберігають інформацію лише від самого тестування, вони також здатні виявити свої слабкі місця. А викладачі можуть оцінити ефективність навчальної програми та методів навчання, а також визначити рівні засвоєння матеріалу одразу у великої маси людей.

Але найважливішим у навчанні дорослих залишається спілкування. Ефективність комунікації залежить не тільки від вибору правильних вправ та методів, але і багатьох інших важливих аспектів,зокрема перевірки засвоєності матеріалу при поданні теоретичної інформації і так само при

отриманні викладачем інформації від групи потрібно пересвідчитись в тому, що ви її правильно зрозуміли.

Також під час комунікативного контакту можна застосовувати широкий вибір підходів і методів для різноманітності подачі підготовленого матеріалу, які зацікавлюють слухача, зокрема:

- Розкриття теми заняття через огляд мети і пояснення завдань допоможе краще зрозуміти слухачам поставлене перед ними завдання.

- Перевірка уважності та засвоюваності матеріалу за допомогою постановки запитань з досліджуваної теми.

- Взаємозв'язок нової теми з попередньо вивченою інформацією та забезпечення безперервності у викладанні матеріалу.

- Обговорення особистого досвіду з слухачами, для того щоб викликати інтерес, підкреслити основні моменти та виділити значущість теми. А також можна висвітлювати зв'язок матеріалу з реальним життям, описуючи якісь ситуації, в яких опинялись багато слухачів.

- Робота невеликими групами та розгляд конкретних клінічних випадків для кращого фокусування уваги.

- Також при викладанні матеріалу досить важливе якість матеріальне підкріплення слів, для кращого демонстрування у вигляді наочних матеріалів серед них може бути відеозаписи, набори слайдів, таблиці, плакати та інше, для додаткового збільшення зацікавленості аудиторії.

Так як доросла аудиторія, як правило, має свій досвід у конкретних питаннях важливо, щоб новий матеріал зацікавлював. Це можливо забезпечити, якщо він пов'язаний з фаховою діяльністю слухачів, якимись робочими ситуаціями, а також досить ефективним буде запрошення фахівців з даних тем, для поліпшення навчального процесу та проведення занять у формі тренінгів.

Тренінг – це різновид групової роботи, що забезпечує активну участь і творчу взаємодію учасників між собою і з тренером. На такому занятті перевага надається діяльності учнів, які використовують свій особистий досвід, як основу для навчання. Лекції не будуть доцільними в даному випадку, дається

можливість учням самим ділитись інформацією, яку вони знають та самостійно шукати нову інформацію якої не вистачає, з подальшим вивченням та засвоєнням. Тренер в даному контексті виступає фасилітатором, тобто сприяє правильній взаємодії учасників для вивчення досягнення кінцевої мети тренінгу. Завдяки такому підходу тренінг дає відповіді на реальні потреби і проблеми учасників, допомагає у формуванні знань, умінь і навичок, які стають основою подальшої поведінки учасників, тому досить важливим є, щоб він ґрунтувався на результатах сучасних наукових досліджень. Заняття практичними вправами складають основну частину тренінгу, але без пояснень не завжди можна обійтись. Як правило, для оцінки ефективності тренінгу проводиться вхідне і вихідне опитування, яке допомагає оцінити початковий рівень знань та отримати дані про якість засвоєння інформації на самому занятті. Навчання проходить швидше, коли замість того, щоб слухати як щось зробили інші, учні будуть намагатись виконати завдання самостійно. Тому інтерактивні заняття повинні бути побудовані з якнайбільшим залученням учнів в процес роботи та заохочення їх власної діяльності.

З огляду на все перераховане, можна зробити висновок, що тренінг є найкращим методом у навчанні дорослих, оскільки максимально задовольняє їх потреби у навчанні, приділяє багато уваги самодіяльності учнів, що допомагає у засвоєнні матеріалу, та дозволяє спеціалістам, які проходять навчання, застосовувати свої знання в процесі навчання, ділитись власним досвідом з іншими членами групи та переймати їх досвід для вдосконалення своїх умінь.

4.2. Психо-емоційний стан пацієнтів та медичного персоналу при повідомленні поганих новин із застосуванням протоколу SPIKES

Щоб проаналізувати ефективність протоколу SPIKES, пацієнтам, які отримали погані новини згідно даного протоколу були теж запропоновані колірна аналогова шкала та тест диференціальної самооцінки функціонального стану - опитувальника САН, що дозволило не тільки оцінити їх психо-емоційний стан, а і порівняти з попередніми даними таких же пацієнтів, яким

були повідомленні погані новини без використання протоколу SPIKES. І на основі отриманих даних складені наступні таблиці.

Таблиця 4. 1

Оцінка настрою пацієнтів після отримання поганих новин

	Настрій без використання протоколу SPIKES		Настрій з використанням протоколу SPIKES	
	абс	%	абс	%
Зелений (піднятий настрій, щасливі емоції)	3	9,37	6	18,75
Салатовий (відчуття спокою і безпеки)	12	37,50	12	37,50
Жовтий (апатія, байдужість до того, що відбувається навколо)	10	31,25	11	34,37
Оранжевий (відчуття смутку і меланхолії)	6	18,75	3	9,37
Червоний (роздратованість, злість, поганий настрій)	1	3,12	0	0

Як видно з таблиці 4.1 у всіх 32 (100%) пацієток, які отримали погані новини за допомогою протоколу SPIKES відмічається покращення настрою порівняно з такими ж пацієтками, яким були повідомлена негативна інформація про їх стан без застосування даного ступеневого протоколу. Зокрема у 6 (18,75%) спостерігався гарний, піднесений настрій, а це в двічі більше чим без протоколу SPIKES 3 (9,37%), в обох випадках однакова кількість пацієток 12 (37,50%) були досить спокійними, почувались в безпеці і

вірили, у покращення свого стану, тоді як досить апатичними були 11 (34,37%) із застосуванням протоколу SPIKES та 10 (31,25%) без його застосування, і хоча цифра без застосування комунікативного протоколу є меншою, але якщо звернути увагу на наступні показники можна відмітити, що суттєво зменшилась кількість пацієнтів які відчували смуток, та безнадію, з 6 (18,75%) без протоколу, та 3 (9,37%) з протоколом відповідно, та якщо без застосування протоколу SPIKES був 1 (3,12%) пацієнт, яка відчував злість, роздратування і поганий настрій, то з використанням протоколу SPIKES таких пацієнтів не спостерігається. Відповідно, можна зробити висновок, що застосування протоколу SPIKES при повідомленні поганих новин суттєво впливає на пацієнтів, і допомагає їм сприймати погані новини з меншим негативним впливом на настрій.

Таблиця 4.2

Оцінка самопочуття, активності та настрою за шкалою диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

Оцінка	Самопочуття		Активність		Настрій)	
	абс	%	абс	%	абс	%
Низька(без використання Протоколу SPIKES)	10	31,25	14	43,75	6	18,75
Низька(з використанням Протоколу SPIKES)	7	21,87	10	31,25	3	9,37
Середня(без використання Протоколу SPIKES)	19	59,37	16	50,00	19	59,37
Середня(з використанням Протоколу SPIKES)	19	59,37	17	53,12	20	62,50
Висока(без використання Протоколу SPIKES)	3	9,37	2	6,25	7	21,87
Висока(з використанням Протоколу SPIKES)	6	18,75	5	15,62	9	28,12

Протоколу SPIKES)						
-------------------	--	--	--	--	--	--

Також, ми детальніше дослідили стан пацієток, щоб проаналізувати вплив протоколу SPIKES на сприйняття пацієнтками поганих новин, з огляду на їх самопочуття, активність та настрій. Як показали наші дослідження, при повідомленні поганих новин, без застосування комунікативних протоколів 10 (31,25%) жінок мали погане самопочуття тоді як застосування протоколу SPIKES дозволило зменшити цю цифру до 7 (21,87%), в обох випадках 19 (59,37)% пацієнтів відчували незначне погіршення свого стану, але тільки 3 (9,37%) відчували себе добре при отриманні поганих новин без протоколу SPIKES, а його застосування збільшило цю цифру до 6 (18,75%).

Також 14 (43,75%) жінок, які отримали погані новини без протоколу SPIKES та 10 (31,25%) з застосуванням цього протоколу, повідомили нам про значне зниження своєї активності, 16 (50,00%) без протоколу, та 17 (53,12%) з застосуванням протоколу відчували помірну слабкість і тільки 2 (6,25%) мали хорошу фізичну активність при отриманні поганих новин без протоколу, тоді як використання протоколу SPIKES дозволило підняти цю цифру до 5 (15,62%).

При аналізі настрою даною методикою 6 (18,75%) пацієток ідентифікували у себе відчуття смутку, роздратованості та значне погіршення настрою, коли отримували погані новини без застосування протоколу SPIKES, але коли ми опитали пацієток, яким повідомлялись погані новини з даним протоколом цей показник зменшився до 3 (9,37%), при отриманні поганих новин без протоколу 19 (59,37%) пацієнтів були досить апатичними та байдужими, з протоколом SPIKES 20 (62,50%), і тільки у 7 (21,87%) пацієнтів, які отримали погані новини без додаткової підготовки, було визначено піднятий і хороший настрій, при застосуванні протоколу SPIKES ця цифра дещо більша - 9 (28,12%).

З огляду на все вище перераховане, ми бачимо, що погані новини впливають не тільки на настрій і емоційний стан, а і на самопочуття пацієнта. Хоча б здавалось, що прямого впливу немає, але як ми бачимо правильна підготовка, за допомогою протоколу SPIKES значно покращує ці показники у

пацієнтів. При коректному повідомленні поганих новин пацієнт спокійніше сприймає дану новину, у нього більш реальне сприйняття свого стану, зменшується відчуття смутку та зневіри, що в подальшому позитивно впливає на загальний стан в цілому.

Подібно до вище зазначеного аналізу, оцінюючи підхід медпрацівника, ми додатково опитали всіх 64 (100%) пацієнток, і була виявлена наявність кореляції між усіма почуттями, які відчуває пацієнт при отриманні поганих новин, та їх рішенням продовжити або відмовитись від лікування. Більше половини 36 (56,25%) пацієнтів, які позитивно оцінили чесність спеціаліста, були також тими, хто вирішив продовжувати своє лікування у тому ж місці. Більшість пацієнтів 46(71,87%), які заявили, що вважають, що можуть довіряти своєму медичному спеціалісту, вирішили продовжувати своє лікування під керівництвом того самого фахівця. Крім того, більшість пацієнтів 43 (67,18%), які позитивно оцінили те, як медичний персонал зосередився на їхній проблемі, - це також ті, хто вирішив залишитися з тим же фахівцем, замість того, щоб змінити його на інших спеціаліста. Навпаки, більшість пацієнтів 44 (68,75%), які негативно оцінили зацікавленість медпрацівників у їх справі, також вирішили піти до іншого спеціаліста або взагалі припинити лікування. Аналогічна ситуація була виявлена у групі пацієнтів, які дали негативну оцінку способу, яким їхній спеціаліст намагався протидіяти їхньому занепокоєнню та роздратуванню - більшість із цих пацієнтів 45(70,31%) вирішили припинити своє лікування під керівництвом спеціаліста, який не задовільнив їх при повідомленні поганих новин. Результати, отримані при опитуванні пацієнтів про загальну оцінку процесу повідомлення поганих новин, показують, що менше половини 31(48,43%) пацієнтів були задоволені способом передачі їм поганих новин. Однак, якщо порівняти ці результати з результатами дослідження пацієнтів, які лікувались спеціалістами за протоколом SPIKES, то було відмічено підвищення задоволеності пацієнта до 40 (62,50%).

В контексті задоволеності пацієнта та прогресу медичної терапії, протокол SPIKES вказує на два надзвичайно важливі елементи: надання пацієнту якомога детальнішої інформації про діагноз та доповнення цієї інформацією можливих наслідків діагнозу. Більшість пацієнтів очікує, що лікар надасть їм вичерпну та детальну інформацію про діагноз та детальний опис можливих наслідків, які дозволять їм брати участь у процесі прийняття рішень щодо подальшої терапії. Залучення пацієнтів до прийняття рішень стимулює їхню участь у процесі лікування, збільшує їх обізнаність про свій стан, дозволяє їм зменшити емоційну напругу, та стійкіше перенести погані новини.

АНАЛІЗ ТА ОБГОВОРЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Погані новини різко та негативно змінюють погляд пацієнта на своє майбутнє. При повідомленні таких новин досить важко передбачити реакцію пацієнта, але це завдання зустрічається у роботі усіх практикуючих медиків.

Такі новини краще повідомляти особисто пацієнту, простою мовою з достатнім часом для запитань. Більшість пацієнтів воліють знати свій діагноз, але кількість бажаних деталей різниться залежно від особистих особливостей пацієнта. Захисні механізми та стратегії подолання стресу включають: захист, заперечення, звинувачення та інтелектуалізацію. Останньою є прийняття поганої новини, також ефективні відповіді при отриманні поганих новин можуть включаючи гнів, страх, тривогу, безпорадність, сором, полегшення або провину.

Але не тільки пацієнти, а і самі медичні працівники можуть відчувати стрес при повідомленні поганих новин, який не зменшується з досвідом, адже вони розуміють, що їхні слова можуть назавжди змінити життя людини. Медична освіта надає більше значення ефективності лікування, ніж комунікативним навичкам, через це медичні працівники, не готові до складності повідомлення поганих новин.

Щоб зменшити вплив негативних емоцій, які виникають при повідомленні поганих новин, як у пацієнта, так і у медичного спеціаліста, необхідна правильна підготовка медичних працівників, щодо правильного подання поганих новин. При повідомленні поганих новин рекомендується орієнтуватись на пацієнта, та його сім'ю та використовувати протоколи для повідомлення поганих новин.

Серед алгоритмів, які допомагають медичним працівникам повідомляти погані новини можна виділити - **SPIKES** (S – (SETTING UP the interview) підготовка бесіди, P – (Assessing the Patient's PERCEPTION) оцінка сприйняття пацієнта, I – (Obtaining Patient's INVITATION) запрошення пацієнта, K – (Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient) повідомлення інформації,

E – (Addressing the Patient’s EMOTIONS with Empathic Responses), розуміння емоцій пацієнта, S – (STRATEGY and SUMMARY) стратегії та підсумки), **ABCDE** (A – (advance) підготуватися до бесіди, B – (build) створити терапевтичну атмосферу й налагодити контакт із пацієнтом, C – (communicate) здійснити якісну комунікацію, D – (deal) пропрацювати реакції пацієнта та його близьких, E – (encourage) підтримати й озвучити право пацієнта та його близьких висловлювати будь-які емоції), **NURSE** (N – (Name) назвати чи відзеркалити емоцію, U – (Understand) зрозуміти емоцію, R – (Respect) проявити повагу, S – (Support) підтримати, E – (Explore) розкрити емоції докладніше), **BREAKS** (B – (Background) передумови, R – (Rapport) доповідь, E – (Explore) дослідження, A – (Announce) повідомлення, K – (Kindle) розпалювання, S – (Summarize) підсумки).

Проаналізувавши та оцінивши дані протоколи ми виділили SPIKES як найбільш ефективний, оскільки він перевірений досвідом медпрацівників у різних країнах світу, є досить простим і практичним, та спрощує найбільш важливі завдання при повідомленні поганих новин. Даний протокол позитивно впливає на комунікативні навички медичного персоналу, на правильне реагування на емоційні реакції пацієнта, залучення пацієнта в процес прийняття рішень. Труднощі при комунікації можуть вплинути на сприйняття пацієнтом прогнозу захворювання та мети лікування, та негативно впливати на залучення в процес лікування самого пацієнта. Протокол SPIKES розроблений, щоб спрощувати розуміння процесів повідомлення поганих новин, а також розглядає цю процедуру, як ступеневий процес з використанням сталих принципів спілкування та консультування.

Повідомляючи погані новини досить важливо враховувати емоції пацієнтів, та використовувати емпатію, досить ефективним також є використання навчальних програм, курсів комунікації, та інтерактивних комп’ютерних курсів, щоб вдосконалити навички передавання поганих новин.

При навчанні медичних працівників, потрібно враховувати, що дорослі вчаться інакше, ніж діти. Лекції не є ефективними способом сприйняття нових

знань для них, тому що дорослі вкладають свій сенс в навчання, та використовують власний досвід для розвитку навичок, необхідних для їх професійного та особистого росту, але вони важко сприймають щось нове, відмінне від уставлених звичок. Найкращою мотивацією для їхнього навчання є задоволення ним потреб у житті або роботі, а також особисті причини і розуміння самими "учнями", що це важливо в першу чергу для них самих.

Щоб дослідити детальніше потребу у повідомленні поганих новин ми опитали пацієнтів на базі КНП Тернопільський обласний перинатальний центр "Мати і дитина" в якому щороку народжується понад 2 тисячі дітей. Але попри радість народження нового життя чимала кількість вагітностей має ускладнений перебіг, що веде за собою потребу у відповідній комунікації з боку медичного персоналу, в таких випадках візит в пологовий заклад, та народження дитини, які б мали супроводжуватись радістю та приємними емоціями в чималій кількості випадків є неприємними і належать до категорії "поганих новин", та супроводжуються негативними емоціями і поганим настроєм, що негативно впливає на стан пацієнта, саме тому необхідними є використання певних комунікативних протоколів для зменшення негативного впливу "поганих новин" на стан пацієнта та його здоров'я.

Нами проведено оцінку психо-емоційного стану 32 пацієнтів, яким були повідомленні погані новини, у зв'язку з ускладненим перебігом вагітності чи пологів. Серед них було 12 (37,5 %) жінок, які потребували термінового родорозршення шляхом кесарського розтину (категорія ургентності II-II), 16 (50,0 %) вагітних – через природні пологові шляхи в зв'язку з важким загальним станом зумовленим акушерськими ускладненнями (важка прееклампсія) та 4 (12,5 %) – соматичними захворюваннями. Як видно з таблиці 3.1 у всіх 32 (100%) пацієнток мало місце погіршення настрою та пригнічення,

3 (9,37%) вагітних/роділь ідентифікували у себе піднятий настрій, щасливі емоції, 12 (31,25%) – відчували себе спокійно і безпечно, 10 (31,25%) – були досить апатичними та байдужими до того, що відбувається навколо, 6 (18,75%) відзначили у себе відчуття смутку та меланхолії і 1 (3,12%) були роздратованими, відчували злість та визначили свій настрій поганим. Слід зазначити, що більший вплив на емоційний стан жінки мав стан дитини, ніж стан самої вагітної/роділля. Тобто у жінок, у яких потреба в інтервенціях була пов'язана погіршенням стану дитини викликала більші переживання, які супроводжувалися погіршенням настрою. Як показали наші дослідження, 10 (31,25%) жінок мали погане самопочуття, 19 (59,37%) відчували незначне погіршення свого стану і 9,37% відчували себе добре.

Також 14 (43,75%) жінок повідомили нам про значне зниження своєї активності, 16 (50,00%) – відчували помірну слабкість і тільки 2 (6,25%) мали хорошу фізичну активність.

6 (18,75%) пацієнток ідентифікували у себе відчуття смутку, роздратованості та значне погіршення настрою, у 10 (59,37%) були досить апатичними та байдужими, і тільки у 7 (21,87%) відзначили свій настрій піднятим і хорошим.

Проаналізовано медичну документацію (історія пологів форма № 096/о) пацієнтів, які поступали у родильні відділення за 3 місяці з 1 листопада 2019 року по 30 січня 2020 року. За даний період часу у відділ було госпіталізовано 902 жінки. Серед них 413 (45,78%) пацієнток було переведено у відділ патології, а 498 (55,21%) – вагітність завершилась пологами.

Нами проведено детальний аналіз перебігу пологів, які відбулись за досліджуваний період. За цей час відбулося 443 (88,95%) термінових пологів, 55 (11,04%) передчасних, з яких в терміні 26–34 тижні – 22 (40%).

Повідомлення поганих новин є досить складною комунікативною задачею і правильне подання такої інформації потребує певних навичок. Об'єктом нашого навчання є дорослі люди, зі своїм досвідом, тому такі методи навчання як лекції, презентації з даних тем не є достатньо ефективними. Можна виділити 4 найефективніших практики у навчанні дорослих в галузі медицини.

Сюдив ходять:

- використання стандартизованих протоколів спілкування з пацієнтами для розвитку комунікативних навичок;
 - онлайн-тести для оцінки знань та сприяння самостійному навчанню;
 - практичні заняття та відеокліпи для підвищення засвоєння навичок;
 - обговорення на основі конкретних випадків для розвитку концепцій та навичок професіоналізму;
- Зі всіх методів навчання було вибрано тренінг, як один із найефективніших.

Тренінг – це форма групової роботи, що забезпечує активну участь і творчу взаємодію учасників між собою і з тренером. На тренінговому занятті перевага віддається діяльності "учнів", особистий досвід яких є основою для навчання. "Учитель" на тренінгу відіграє роль фасилітатора (від англ. facilitate — допомагати, полегшувати, сприяти). Він скеровує діяльність та взаємодію учасників на вивчення теми та досягнення мети тренінгу. Завдяки такому підходу тренінг дає відповіді на реальні потреби і проблеми учасників, допомагає у формуванні знань, умінь і навичок, які стають основою подальшої поведінки учасників, тому досить важливим є, щоб він ґрунтувався на результатах сучасних наукових досліджень. Заняття практичними вправами складають основну частину тренінгу, але без пояснень не завжди можна обійтись. Як правило, для оцінки ефективності тренінгу проводиться вхідне і вихідне опитування, яке допомагає оцінити початковий рівень знань та отримати дані про якість засвоєння інформації на самому занятті. Навчання проходить швидше, коли замість того, щоб слухати як щось зробили інші, учні будуть намагатись виконати завдання самостійно. Тому інтерактивні заняття

повинні бути побудовані з якнайбільшим залученням учнів в процес роботи та заохочення їх власної діяльності.

З огляду на все перелічене, можна зробити висновок, що тренінг є найкращим методом у навчанні дорослих, оскільки максимально задовольняє їх потреби у навчанні, приділяє багато уваги самодіяльності учнів, що допомагає у засвоєнні матеріалу, та дозволяє спеціалістам, які проходять навчання, застосовувати свої знання в процесі навчання, ділитись власним досвідом з іншими членами групи та переймати їх досвід для вдосконалення своїх умінь

Як видно з таблиці 4.1 у всіх 32 (100%) пацієток, які отримали погані новини за допомогою протоколу SPIKES відмічається покращення настрою порівняно з такими ж пацієтками, яким були повідомлена негативна інформація про їх стан без застосування даного ступеневого протоколу. Зокрема у 6 (18,75%) спостерігався гарний, піднесений настрій, а це в двічі більше чим без протоколу SPIKES 3 (9,37%), в обох випадках однакова кількість пацієток 12 (37,50%) були досить спокійними, почувались в безпеці і вірили, у покращення свого стану, тоді як досить апатичними були 11 (34,37%) із застосуванням протоколу SPIKES та 10 (31,25%) без його застосування, і хоча цифра без застосування комунікативного протоколу є меншою, але якщо звернути увагу на наступні показники можна відмітити, що суттєво зменшилась кількість пацієнтів які відчували смуток, та безнадію, з 6 (18,75%) без протоколу, та 3 (9,37%) з протоколом відповідно, та якщо без застосування протоколу SPIKES був 1 (3,12%) пацієнт, яка відчував злість, роздратування і поганий настрій, то з використанням протоколу SPIKES таких пацієнтів не спостерігається. Відповідно, можна зробити висновок, що застосування протоколу SPIKES при повідомленні поганих новин суттєво впливає на пацієнтів, і допомагає їм сприймати погані новини з меншим негативним впливом на настрій.

Також, ми детальніше дослідили стан пацієток, щоб проаналізувати вплив протоколу SPIKES на сприйняття пацієтками поганих новин, з огляду на їх самопочуття, активність та настрій. Як показали наші дослідження, при

повідомленні поганих новин, без застосування комунікативних протоколів 10 (31,25%) жінок мали погане самопочуття тоді як застосування протоколу SPIKES дозволило зменшити цю цифру до 7 (21,87%), в обох випадках 19 (59,37)% пацієнтів відчували незначне погіршення свого стану, але тільки 3 (9,37%) відчували себе добре при отриманні поганих новин без протоколу SPIKES, а його застосування збільшило цю цифру до 6 (18,75%).

Також 14 (43,75%) жінок, які отримали погані новини без протоколу SPIKES та 10 (31,25%) з застосуванням цього протоколу, повідомили нам про значне зниження своєї активності, 16 (50,00%) без протоколу, та 17 (53,12%) з застосуванням протоколу відчували помірну слабкість і тільки 2 (6,25%) мали хорошу фізичну активність при отриманні поганих новин без протоколу, тоді як використання протоколу SPIKES дозволило підняти цю цифру до 5 (15,62%).

При аналізі настрою даною методикою 6 (18,75%) пацієнток ідентифікували у себе відчуття смутку, роздратованості та значне погіршення настрою, коли отримували погані новини без застосування протоколу SPIKES, але коли ми опитали пацієнток, яким повідомлялись погані новини з даним протоколом цей показник зменшився до 3 (9,37%), при отриманні поганих новин без протоколу 19 (59,37%) пацієнтів були досить апатичними та байдужими, з протоколом SPIKES 20 (62,50%), і тільки у 7 (21,87%) пацієнтів, які отримали погані новини без додаткової підготовки, було визначено піднятий і хороший настрій, при застосуванні протоколу SPIKES ця цифра дещо більша - 9 (28,12%).

З огляду на все вище перераховане, ми бачимо, що погані новини впливають не тільки на настрій і емоційний стан, а і на самопочуття пацієнта. Хоча б здавалось, що прямого впливу немає, але як ми бачимо правильна підготовка, за допомогою протоколу SPIKES значно покращує показники настрою, активності та самопочуття у пацієнтів. При коректному повідомленні поганих новин пацієнт спокійніше сприймає дану новину, у нього більш реальне сприйняття свого стану, зменшується відчуття смутку та зневіри, що в подальшому позитивно впливає на загальний стан в цілому.

Подібно до вище зазначеного аналізу, оцінюючи підхід медпрацівника, ми додатково опитали всіх 64 (100%) пацієток, і була виявлена наявність кореляції між усіма почуттями, які відчуває пацієнт при отриманні поганих новин, та їх рішенням продовжити або відмовитись від лікування. Більше половини 36 (56,25%) пацієнтів, які позитивно оцінили чесність спеціаліста, були також тими, хто вирішив продовжувати своє лікування у тому ж місці. Більшість пацієнтів 46(71,87%), які заявили, що вважають, що можуть довіряти своєму медичному спеціалісту, вирішили продовжувати своє лікування під керівництвом того самого фахівця. Крім того, більшість пацієнтів 43 (67,18%), які позитивно оцінили те, як медичний персонал зосередився на їхній проблемі, - це також ті, хто вирішив залишитися з тим же фахівцем, замість того, щоб змінити його на інших спеціаліста. Навпаки, більшість пацієнтів 44 (68,75%), які негативно оцінили зацікавленість медпрацівників у їх справі, також вирішили піти до іншого спеціаліста або взагалі припинити лікування. Аналогічна ситуація була виявлена у групі пацієнтів, які дали негативну оцінку способу, яким їхній спеціаліст намагався протидіяти їхньому занепокоєнню та роздратуванню - більшість із цих пацієнтів 45(70,31%) вирішили припинити своє лікування під керівництвом спеціаліста, який не задовільнив їх при повідомленні поганих новин. Результати, отримані при опитуванні пацієнтів про загальну оцінку процесу повідомлення поганих новин, показують, що менше половини 31(48,43%) пацієнтів були задоволені способом передачі їм поганих новин. Однак, якщо порівняти ці результати з результатами дослідження пацієнтів, які лікувались спеціалістами за протоколом SPIKES, то було відмічено підвищення задоволеності пацієнта до 40 (62,50%).

В контексті задоволеності пацієнта та прогресу медичної терапії, протокол SPIKES вказує на два надзвичайно важливі елементи: надання пацієнту якомога детальнішої інформації про діагноз та доповнення цієї інформацією можливих наслідків діагнозу. Більшість пацієнтів очікує, що лікар надасть їм вичерпну та детальну інформацію про діагноз та детальний опис можливих наслідків, які дозволять їм брати участь у процесі прийняття рішень

щодо подальшої терапії. Залучення пацієнтів до прийняття рішень стимулює їхню участь у процесі лікування, збільшує їх обізнаність про свій стан, дозволяє їм зменшити емоційну напругу, та стійкіше перенести погані новини.

ПАПВП

ВИСНОВКИ

Ми попереджували стрес-індуковані та перинатальні ускладнення при погіршенні стану здоров'я у пацієнтів акушерсько-гінекологічного профілю шляхом застосування правильної комунікативної тактики.

1. Проаналізувавши медичну документацію, нам вдалось визначити частоту в потребі повідомлення поганих новин, в умовах перинатального центру, а саме кількість передчасних пологів, з яких в терміні 26– 34 тижні – 22 (40%), кількість ургентних кесарських розтинів – 56(39,43%), при чому 24 (16,90%) – категорія ургентності I, у 19 (13,38%) – категорія ургентності II, у 13 (9,15%) – категорія ургентності III, при природніх пологах сам процес вимагав проведення вакуум екстракції плоду в 7 (1,96%) випадках через дистрес чи слабкість пологової діяльності, хірургічні втручання, окрім кесарських розтинів, були розширені до перев'язки маткових труб, видалення матки 4 (2,81%) рази, У 8 (1,60%) випадках пологи ускладнювались масивною кровотечею (більше 1 літра), що вимагало інтенсивної терапії в після пологовому періоді, також серед 502 новонароджених дітей народились з оцінкою по Апгар менше 7 балів 14 (2,78%) дітей, що вимагало проведення реанімаційних заходів безпосередньо в родзалі, а 13 (2,58%) потребували подальшого лікування в ВІТН, а також за досліджуваний період було 6 (1,19%) мертвонароджень, та 4 (0,79%) дітей померло в ранньому неонатальному періоді.

2. Оцінивши рівень тривоги і стресу у пацієнтів, яким повідомлялись погані новини ми відмітили у всіх пацієнток погіршення настрою та пригнічення загального стану, 3 (9,37%) вагітних/роділь ідентифікували у себе піднятий настрій, щасливі емоції, 12 (31,25%) – відчували себе спокійно і безпечно, 10 (31,25%) – були досить апатичними та байдужими до того, що відбувається навколо, 6 (18,75%) відзначили у себе відчуття смутку та меланхолії і 1 (3,12%) були роздратованими, відчували злість та визначили свій настрій поганим. Слід зазначити, що більший вплив на емоційний стан жінки мав стан дитини, ніж стан самої вагітної/роділлі. Тобто у жінок, у яких потреба

в інтервенціях була пов'язана погіршенням стану дитини викликала більші переживання, які супроводжувалися погіршенням настрою.

3. Проаналізувавши наявні системні підходи до правил повідомлення поганих новин ми визначили протокол SPIKES найбільш ефективним, оскільки його обирає більшість медпрацівників у різних країнах світу, через простоту і практичність, що допомагає медичним спеціалістам у виконанні найбільш важливих завдань при повідомленні поганих новин: отримання інформації від пацієнта, передача інформації пацієнту, надання психологічної підтримки, налагодження комунікативного контакту для подальшої співробітництва з пацієнтом для обговорення стратегії лікування. Даний протокол покращує клінічний навик повідомлення поганих новин, спрощує розуміння його процесів, а також розглядає цю процедуру, як ступеневий процес з використанням сталих принципів спілкування та консультування.

4. Розробили систему заходів щодо навчання медичного персоналу з питань комунікативної компетентності при роботі зі складними пацієнтами та обрали тренінг як найкращий методом у навчанні дорослих, оскільки він максимально задовольняє їх потреби у навчанні, приділяє багато уваги самодіяльності "учнів", що допомагає у засвоєнні матеріалу, та дозволяє спеціалістам, які проходять навчання, застосовувати свої знання в процесі навчання, ділитись власним досвідом з іншими членами групи та переймати їх досвід для вдосконалення своїх умінь

5. Оцінивши ефективність застосування комунікативного протоколу SPIKES при повідомленні поганих новин ми дійшли висновку, що погані новини впливають не тільки на настрій і емоційний стан, а і на самопочуття пацієнта. Правильна підготовка, за допомогою протоколу SPIKES значно покращує показники настрою, активності та самопочуття у пацієнтів. При коректному повідомленні поганих новин пацієнт спокійніше сприймає дану новину, у нього більш реальне сприйняття свого стану, зменшується відчуття смутку та зневіри, що в подальшому позитивно впливає на загальний стан в цілому.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

З огляду на те, що повідомлення поганих новин є важкою комунікативною задачею, яка потребує правильного подання інформації, для стимулювання участі пацієнтів у процесі лікування, збільшення їх обізнаність про свій стан, зменшення емоційну напруги та рівня стресу у пацієнта рекомендується використовувати протокол SPIKES.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ