

СОВМЕСТНОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЙ В ПРАКТИКЕ МЕДСЕСТРЫ

С.Н. Котляров, канд. мед. наук, **А.Д. Авдеева**

Рязанский государственный медицинский университет
Российская Федерация, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9
E-mail: SKMR1@yandex.ru

Освещены вопросы влияния личностных особенностей пациента на перспективы совместного с медсестрой принятия решений.

Ключевые слова: совместное принятие решений, медицинские коммуникации, взаимоотношения медсестры и пациента, сотрудничество.

Для цитирования: Котляров С.Н., Авдеева А.Д. Совместное принятие решений в практике медсестры. Медицинская сестра. 2018; 20 (4): 51–54. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-04-09>

В условиях все возрастающей сложности лечения хронических заболеваний одним из наиболее актуальных вопросов здравоохранения является процесс принятия пациентами и поставщиками медицинских услуг совместных решений. Партнерское взаимодействие пациентов и клиницистов, совместное обсуждение возможных стратегий лечения и принятие согласованных решений позволяют сделать медицинские услуги более прозрачными и, как предполагается, более эффективными.

Важнейшим поставщиком медицинских услуг сегодня становится сестринский персонал, на который приходится большая часть контактов пациентов в условиях лечебного учреждения. По мнению N.Clark [1], именно медсестры с их широкими функциональными обязанностями осуществляют значительную часть взаимодействий с пациентами и чаще выстраивают с ними доверительные, сотруднические отношения. Однако какими бы возможностями ни обладали медсестры в совместном принятии решений, перспективы установления партнерских отношений зависят в первую очередь от пациента, его личностных особенностей, степени тяжести заболевания и прогноза лечения. Вместе с тем почти все известные исследования касаются отношения клиницистов к совместному принятию решений, что не позволяет проанализировать фактические возможности пациентов в моделях двустороннего взаимодействия.

Фактическое отсутствие отечественных работ о роли пациентов в сотрудничестве с сестринским пер-

соналом определяет особый интерес к анализу современных зарубежных исследований, посвященных этой теме.

Факторы, непосредственно влияющие на стремление пациентов участвовать в совместном принятии решений, освещены в работах многих зарубежных авторов [2–7]. Согласно их данным, к основным детерминантам, определяющим особенности коммуникаций пациентов с персоналом, принадлежат возрастные и гендерные отличия, степень тяжести заболеваний, а также социальное положение.

Ведущей из детерминант, определяющих возможности совместного принятия решений, по-видимому, является возраст: пациенты разных возрастных групп обнаруживают существенные различия как в стремлении участвовать в совместном принятии решений, так и в своих ожиданиях от взаимодействия с медицинским персоналом. Прямая корреляция между возрастом пациентов и их желанием участвовать в процессе принятия решений была установлена в исследованиях H.R. Barker, A.L. Caress и K. Kavanaugh [4, 6, 8], указывающих на то, что пациенты пожилого возраста в отличие от более молодых больных редко стремятся обсуждать варианты лечения с клиницистами. Эти данные находят подтверждение в исследовании E.V. Elkin [5], согласно которому более половины пациентов старшего возраста предпочли пассивную роль во взаимодействии с медицинским персоналом.

Особый интерес, на наш взгляд, представляет работа H.R. Barker [8], определяющая пожилой возраст в качестве предиктора негативных взаимодействий: автор установил, что с увеличением возраста пациента на 1 год вероятность отрицательных коммуникаций повышается на 5%. По наблюдениям H.R. Barker [8], а также, согласно результатам исследования, проведенного в 2015 г. в больницах Северной Ирландии Управлением по регулированию и повышению качества медицинского обслуживания, 7–10% всех взаимодействий пожилых пациентов с медицинским персоналом следует классифицировать как отрицательные. Было установлено также, что 40% пациентов старше 60 лет хотя бы единожды имели негативный опыт общения с медсестрами, ставший препятствием для выработки совместных решений.

Поскольку многие пожилые пациенты имеют нарушения когнитивной сферы, задачей ряда исследований [9, 10 и др.] являлось установление влияния когнитивных нарушений на коммуникации с медсестрами и соответственно возможности выработки совместных решений. Однако полученные данные оказались слишком противоречивыми, чтобы можно было однозначно говорить о негативном влиянии когнитивных расстройств пациентов на общение с медсестрами: с одной стороны, J. Bridges, C. Eriksson [9, 10] показали, что когнитивные нарушения повышают вероятность отрицательного взаимодействия, однако в то же время полномасштабное исследование H.R. Barker [8] таких различий не обнаружило – доля как положительных взаимодействий (39%), так и негативных (10%) была одинаковой у пациентов с когнитивными нарушениями и без таковых.

К демографическим показателям, влияющим на перспективы выработки совместных решений, относится также гендерная принадлежность пациентов. Так, В. Vogel [11], обнаружил, что женщины в большей мере (в 60% случаев) склонны оставлять принятие решений, касающихся лечения, на усмотрение медицинского персонала. Схожие результаты получили E.V. Elkin [5] и его соавт. в отношении онкологических больных – женщины реже высказывали желание получать прогнозы выживаемости и обсуждать варианты лечения, чем мужчины. Влияние гендерной принадлежности пациента на коммуникативные процессы в медицине изучали также M. Briel и соавт., F. Scheibler и соавт. [2, 7]. Они показали, что женщины реже участвовали в обсуждении лечения и меньше стремились узнать общие оценки выживаемости, чем мужчины. Однако указанным исследователям не удалось получить статистически значимых различий полученных данных, что диктует необходимость дальнейших исследований.

К важным детерминантам возможностей совместного принятия решений следует отнести степень тяжести состояния пациентов [2, 5, 7]. Больные с терминальной стадией заболевания или с тяжелым его течением редко стремятся обсуждать особенности патологии и практически не участвуют в выработке решений относительно стратегии лечения и ухода. Так, в исследованиях E.V. Elkin [5] 50% тяжелых больных, а по данным M. Briel [2] – 75% оказались пассивными во взаимодействии со своими клиницистами. M. Briel [2] подчеркивает также, что пациенты, оставляющие выбор на усмотрение сестринского персонала, с большей вероятностью будут удовлетворены теми решениями, которые в результате примут клиницисты. При этом F. Scheibler [7] отмечает, что >80% пациентов, состояние которых оценивалось как крайне тяжелое или критическое, полагали, что медсестры пытались облегчить их участие в принятии решений; кроме того, большинство пациентов (69%) считали, что в итоге решение было выработано совместно.

Фактором, влияющим на возможности совместного принятия решений в процессе коммуникации медицинского персонала и пациента, является наличие у последнего инвалидности. Особый интерес указанная проблема приобретает в связи с наблюдающимися тенденциями к росту числа людей с ограниченными возможностями здоровья – ОВЗ (согласно данным ВОЗ, это – 15% населения).

Наиболее полно вопросы практики совместного принятия решений медсестрами и пациентами с инвалидностью раскрыты в исследованиях С. Alves и S. Smeltzer [12]. Изучение взаимодействия сестринского персонала и пациентов с ОВЗ позволило авторам прийти к следующим выводам:

- сестринский персонал больше ориентирован на коммуникацию с членами семей пациентов с ОВЗ, чем с самими пациентами, что сильно затрудняет возможности совместного принятия решений;
- частота и продолжительность контактов сестринского персонала с пациентами с ОВЗ ниже, чем с прочими категориями пациентов, что негативно отражается на качестве коммуникаций;
- превалирует снисходительный стиль обращения медсестер с пациентами-инвалидами, что нарушает полноценную коммуникацию [13];
- медсестры недостаточно учитывают специфические потребности пациентов с ОВЗ и в результате последние (это отмечают 72% пациентов) не получают необходимой заботы, понимания и терпения. Указанная особенность повышает уровень тревожности пациентов и снижает эффективность коммуникаций сестринского персонала с пациентами-инвалидами.

С. Alves и S. Smeltzer [12] отмечают, что выявленные ими особенности взаимодействий сестринского персонала и пациентов с ОВЗ существенно снижают эффективность коммуникаций и отрицательно влияют на возможности принятия совместных решений.

Рассматривая вопрос о факторах, влияющих на возможности совместного принятия решений, особо стоит отметить включение семьи пациента в медицинское обслуживание. Роль семьи в процессе коммуникации с пациентами подробно изучена в исследованиях С. Rossi и В. Rodrigues [14]. Исследователи пришли к выводу, что при правильно организованном общении сестринского персонала с семьей пациентов последняя выступает в качестве посредника и(или) консультанта, способствуя налаживанию доверительных, сотруднических отношений в связке пациент–медсестра. В рассматриваемом контексте следует отметить исследование Р. Gilbar [15], в котором показано, что в большинстве случаев (90%) пациенты

считают важным участие супруга в принятии клинических решений. Более того, многие пациенты отметили, что полностью полагаются на мнение мужа/жены и предпочитают, чтобы клиницисты предоставляли супругу всю необходимую для участия в принятии решений информацию. P. Gilbar [15] отмечает, что подавляющее число пар полагают, что присутствие супруга положительно влияет на желание пациента принимать участие в обсуждении решений с клиницистами.

Однако в настоящее время, как показывает исследование D. Куо и соавт. [16], сестринский персонал не рассматривает членов семьи как участников процесса ухода за больным и действует, преимущественно опираясь на свой профессиональный опыт; в большей мере медсестры концентрируются на выполнении требующихся манипуляций, чем на выстраивании диалога с семьей. По мнению D. Куо [16], причина этого – высокая загруженность медсестер – выстраивание сотрудничественных отношений с семьями пациентов требует больше времени, которым сестринский персонал не располагает, особенно в тех случаях, когда принимать решения требуется быстро. Опросы медсестер педиатрических отделений показали, что их работу затрудняет чрезмерная обеспокоенность семей ненадлежащим уходом за ребенком, излишнее внимание к манипуляциям, а также недостаточное понимание семьей происходящего, что препятствует полноценному диалогу [14].

Фактором, лимитирующим участие пациента или членов его семьи в качестве полноправной стороны в совместной выработке решений, несомненно, является недостаточное владение пациентом информацией о своем состоянии и перспективах лечения. Многие исследователи [3, 4, 6, 11, 17] указывают, что большинство пациентов готовы принимать решения совместно с медсестрами, но для этого они слишком слабо осведомлены о проблеме. На желание пациентов наравне с клиницистами участвовать в принятии решений указали С. Heesen (75% случаев) [17], А. Caress (>55%) [4], К. Kavanaugh (>60%) [6]. В то же время только 34% пациентов [4] отмечают, что получили возможность участвовать в принятии решений в качестве полноправной стороны. Основным препятствием для выработки совместных решений большинство пациентов считают недостаточные знания о проблеме, а 72% отметили, что сестринский персонал должен предоставлять им больше информации.

В этом отношении представляет интерес исследование В. Vogel [11], установившее, что предпочтения пациентов с тяжелыми формами заболеваний и занимаемая ими роль во взаимодействии с медицинским персоналом зависит от продолжительности лечения. По данным В. Vogel [11], пациенты с тяжелым течением заболеваний редко участвуют в совместном принятии решений в первые 6 мес лечения, однако в дальнейшем почти половина их хотя бы единожды высту-

пают в роли партнеров и высказывают свои предпочтения в отношении тех или иных решений. В. Vogel [11] связывает обнаруженные тенденции с тем, что длительное лечение способствует увеличению объема и улучшению качества информации, предоставленной пациентам.

Справедливость этих выводов подтверждается исследованием С.С. Rossi [14], которая, изучая трудности взаимодействия членов семьи госпитализированных детей с сестринским персоналом, показала, что семьи часто не получают от сестринского персонала необходимой информации о состоянии здоровья ребенка и предоставляемом ему уходе. Медсестры чаще предоставляют семье поверхностную или строго техническую информацию, которая ограничивает возможности семьи в обсуждении ухода за пациентом и его лечения. К подобному заключению приходят также С. Alves и S. Smeltzer [12], установившие, что большинству пациентов с ОВЗ (72%), а также их опекунам и членам семьи не предоставлялось достаточной информации об особенностях здоровья пациентов, лекарствах или потребности во вспомогательных устройствах [18].

Вероятно, именно благодаря лучшей информированности пациенты с более высоким уровнем образования чаще других выстраивают сотрудничественные отношения с персоналом медицинских учреждений, чаще принимая согласованные решения в отношении стратегий лечения. Интересно, что пациенты всех групп, которые, согласно данным проанализированных исследований, стремились к совместному принятию решений, явно предпочитали обсуждать стратегии лечения с медсестрами, нежели с лечащим врачом, что подтверждает более высокий уровень доверия пациентов сестринскому персоналу. Только 1/7 часть всех пациентов склонна уклоняться от выработки совместных решений независимо от своей осведомленности о возможных вариантах лечения: согласно данным R.B. Deber [3], 14% пациентов, имея в своем распоряжении всю необходимую информацию, предпочли занять пассивную позицию при общении с персоналом, позволяя последнему выбирать стратегии лечения, и <1% выбрали полностью автономную роль, принимая решения самостоятельно, без участия клиницистов.

Итак, исследования последних лет показывают, что возможности совместного принятия решений в значительной мере зависят от особенностей пациентов. Так, по-видимому, стремление к совместному принятию решений связано с возрастом пациентов и, возможно, является феноменом поколений. Кроме того, наблюдается прямая корреляция между уровнем грамотности пациентов в области здравоохранения, их информированностью и желанием принимать участие в обсуждении альтернатив лечения. Таким образом, более высокий уровень образования повышает вероятность того, что пациент предпочтет совместное принятие решений.

Важный демографический показатель, влияющий на перспективы выработки совместных решений, – гендерная принадлежность пациентов. Установлено, что женщины более склонны оставлять принятие решений на усмотрение медицинского персонала и реже высказывают желание получить прогнозы лечения.

Ограниченные, но интересные данные свидетельствуют о том, что предпочтения пациентов в отношении принятия общих решений могут быть связаны с серьезностью заболевания. Так, чем лучше самочувствие пациентов, тем больше они склонны к принятию совместных решений; люди с тяжелыми заболеваниями, напротив, чаще предпочитают, чтобы решения относительно их лечения и ухода за ними клиницисты принимали без их участия.

Наконец, исследования последних лет показывают, что на принятие решений непосредственное влияние оказывают и не связанные напрямую с характеристиками пациентов факторы, например участие третьих лиц в клинических взаимодействиях. Показано, что активное сотрудничество членов семьи пациентов с клиницистами повышает интерес пациентов к совместному принятию решений, способствует их эффективности.

Таким образом, в настоящее время, в условиях необходимости повышения эффективности здравоохранения при одновременном усложнении стратегий и вариативности методов лечения, процесс принятия совместных решений пациентами и медсестрами представляет собой актуальную медико-социальную проблему.

Литература

1. Clark N., Nelson B., Melissa A., Gong M., Fishvik J. and Fletcher M. Consideration of Shared Decision Making in Nursing: A Review of Clinicians' Perceptions and Interventions. *Open magazine about nursing*. 2009; 10: 156–61.
2. Briel M., Young J., Tschudi P., Hugschmidt C., Bucher H.C., Langewitz W. Shared-decision making in general practice: do patients with respiratory tract infections actually want it? *Swiss Med Wkly*. 2007; 137 (33–34): 483–5.
3. Deber R.B., Kraetschmer N., Urowitz S., Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision making in several patient populations. *Health Expect*. 2007; 10 (3): 248–58.
4. Caress A.L., Beaver K., Luker K., Campbell M., Woodcock A. Involvement in treatment decisions: what do adults with asthma want and what do they get? Results of a cross-sectional survey. *J. Brasileiro de Pneumologia*. 2005; 60 (3): 199–205.
5. Elkin E.B., Kim S.H., Casper E.S., Kissane D.W., Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J. Clin. Oncol*. 2007; 25 (33): 5275–80.
6. Kavanaugh K., Savage T., Kilpatrick S., Kimura R., Hershberger P. Life support decisions for extremely premature infants: report of a pilot study. *J. Pediatr Nur*. 2005; 20 (5): 47–59.
7. Scheibler F., Stoffel M., Barth C., Kuch C., Steffen P., Baldamus C. Shared decision making as a new quality

indicator in nephrology: a nationwide survey in Germany. [Partizipative Entscheidungsfindung als neuer Qualitätsindikator in der Nephrologie Eine bundesweite empirische Untersuchung]. *Medizinische Klinik*. 2005; 100 (4): 193–9. 23.

8. Barker H.R., Griffiths P., Bridges J. et al Quantity and quality of interaction between staff and older patients in UK hospital wards: A descriptive study *International journal on next research. Am. J. of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2016; 62: 100–7.

9. Bridges J., Flatley M., Meyer J. Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies *Int. Medizinische Klinik*. 2010; 47: 89–107

10. Eriksson C., Saveman B. Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings *Scand. J. Caring Sci*. 2002; 16: 79–85.

11. Vogel B., Helmes A., Hasenburg A. Concordance between patients' desired and actual decision-making roles in breast cancer care. *Psychooncology*. 2008; 17 (2): 182–9.

12. Alves C., Deslandes S., Smeltzer S., Miter R. Desafios da humanizacao no contexto do cuidado da enfermagem pediatrica de media e alta complexidade. *Clinics in Chest Medicine*. 2009; 13: 581–94.

13. Чирков В.А., Бреусов А.В. Состояние здоровья социально уязвимых групп населения. *Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова*. 2013; 21 (3): 87–91.

14. Rossi C.S., Rodrigues B.M. Tipico da acio do profissional de enfermagem quanto ao cuidado familiar da crianca hospitalizada. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23 (5): 640–5.

15. Gilbar P., Gilbar O. The medical decision-making process and the family: the case of breast cancer patients and their husbands. *Bioethics*. 2009; 23 (3): 183–92.

16. Kuo D.Z., Houtrow A.J., Arango P., Kuhlthau K.A., Simmons J.M. Neff J.M. Family care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and child health*. 2012; 16 (2): 297–305.

17. Heesen C., Kasper J., Segal J., Kopke S., Muhlhauser I. Decisional role preferences, risk knowledge and information interests in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2004; 10 (6): 643–50.

18. Рузиева Н.К., Жонибеков Ж.Ж., Шукурова С.И. Сравнительная характеристика антропометрических показателей у детей первого и второго периода детства с ДЦП. *Наука молодых*. 2016; 2: 12.

JOINT DECISION-MAKING IN THE PRACTICE OF A NURSE

S.N. Kotlyarov, Cand. Med. Sci.; A.D. Avdeeva
Ryazan State Medical University

9, Vysokovoltnaya St., Ryazan 390026, Russian Federation

The paper deals with the impact of personal traits of a patient on prospects for joint decision-making with a nurse.

Key words: joint decision-making, medical communications, nurse-patient relationships, collaborative interaction.

For citation: Kotlyarov S.N., Avdeeva A.D. Joint decision-making in the practice of a nurse. *Meditinskaya sestra*, 2018, 4(20): 51–54 (In Russian).

<https://doi.org/10.29296/25879979-2018-04-09>