

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В СОВМЕСТНОМ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ В ПСИХИАТРИИ

И.А. Федотов, канд. мед. наук, **С.Н. Котляров**, канд. мед. наук,
А.В. Меринов, докт. мед. наук, **Ю.В. Федотова**, **А.А. Котлярова**

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,
Российская Федерация, 390026, Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9;
Рязанский медицинский колледж,
Российская Федерация, 390035, Рязань, ул. Баженова, д. 36 корп. 1
E-mail: if@psychiatr.ru

Приведены обзор современной литературы и мнение коллектива авторов об изменениях в принятии решений в области психиатрической помощи. Дано определение совместному принятию решений, представлены доказательства эффективности данного подхода, а также его ключевые этапы. Отдельно отмечена роль медсестры в этом процессе.

Ключевые слова: совместное принятие решений, отношения в системе «пациент–врач–медсестра».

Для цитирования: Федотов И.А., Котляров С.Н., Меринов А.В., Федотова Ю.В., Котлярова А.А. Роль медсестры в совместном принятии решений в психиатрии. Медицинская сестра. 2018; 20 (5): 31–34.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2018-05-09>

При изучении взаимоотношений в медицинской среде все чаще возникает дискуссия о целесообразности использования различных опций при принятии ключевых решений [15]. Взаимоотношения между врачом и пациентом могут иметь широкий диапазон – от патерналистской модели (все решает врач) до свободного принятия ключевых решений. В разных странах и разных медицинских специальностях используют разные позиции в этом континууме. В классической отечественной психиатрической традиции лечение пациентов с психическими расстройствами проводится, исходя из патерналистской модели. Однако современные реалии, когда пациент (или его родственники) могут выбирать между государственными клиниками и частными медицинскими центрами, а также когда пациенты обращаются за психотерапевтической помощью и ожидают, как минимум, партнерских взаимоотношений с психотерапевтом, заставляют заново переосмыслить устоявшиеся подходы, более детально изучать принятие решений и то, как этот процесс можно оптимизировать.

В повседневной практике крайне редки случаи абсолютного доминирования врача в принятии решений (за исключением разве что принудительных мер медицинского характера), как и случаи полной «свободы» пациента при выборе лечения. Наиболее часто имеет место совместное обсуждение тактики и целей терапии. В литературе это названо *совместным принятием решений* (СПР – *shared decision-making*). По определению А. Coulter и А. Collins (2011), «СПР – это процесс, в котором клиницисты и пациенты работают вместе над выбором диагностических тестов, лечения, пакетов помощи, основанных на клинических доказательствах и предпочтениях информированного пациента; СПР предусматривает предоставление доказанной информации о вариантах, исходах и неточностях, консультирование при принятии решений, систему записи и реализацию «информированных предпочтений пациентов». Принято Международное соглашение о важности СПР в медицине, и эта позиция имеет постоянную поддержку [9].

Важно отметить, что идея о необходимости отхода от строгой патерналистской модели в отношении врач–пациент не нова. Она связана во многом с именем М. Балинта, широко дискутировалась в российской медицинской психологии и использовалась при обучении студентов уже много лет [1, 2, 5].

Доказательства эффективности совместного принятия решений

Эффективность применения СПР имеет свою доказательную базу. В кокрейновский обзор по этой теме было включено 115 исследований (34 444 респондента) и сравнивались показатели в «традиционной» модели построения взаимоотношений и в модели, в которую осознанно вводились процедуры СПР [16]. Было выявлено, что СПР на статистически значимом уровне повышает знания у пациентов ($MD=13,34$; 95% доверительный интервал – ДИ – $11,17\div 15,51$; $n=42$), вызывает у пациентов более аккуратное отношение к рискованным процедурам (отно-

Таблица 1

Аналитическое и интуитивное принятие решения

Критерий	Аналитическое принятие решения	Интуитивное принятие решения
Что учитывается	Жалобы и потребности	Внешнее поверхностное сходство с ситуацией, имевшей место ранее
Что используется	Построение логической абстрактной модели ситуации	Выполнение действий по алгоритму
Основные плюсы	Глубокое понимание ситуации	Быстрота реакции
Основные минусы	Длительность	Поверхностная оценка, легко ошибиться
Кто предпочитает	Молодые, начинающие медсестры	Опытные медсестры

Таблица 2

Совместное принятие решения при лечении антипсихотиками [6]

Задаваемые часто вопросы	Продолжить лечение	Корректировать лечение	Прекратить лечение
Что это включает?	Изменения в применяемую Вами схему лечения вноситься не будут. Спросите врача о возможных последствиях применения антипсихотиков. Очень важно работать в контакте с врачом	Снижение или повышение дозы, добавление нового или смена имеющегося препарата. Рекомендуется применять минимальную дозу наиболее эффективного препарата. Подбирать лечение всегда лучше с помощью врача	Постепенная отмена лечения по рекомендациям врача. Изучение других доступных способов контроля над симптомами
В чем преимущество?	Все останется по-прежнему. Лекарства помогут Вам не думать о симптомах и сосредоточиться на том, что Вам действительно интересно	Будет меньше побочных эффектов, таких как сонливость, тремор, увеличение массы тела	Возврат побочных эффектов
В чем риски?	Возможны такие распространенные побочные эффекты, как сонливость, тремор, увеличение массы тела и сексуальные расстройства. Те препараты и дозы, которые Вы принимаете, могут быть не самыми оптимальными для Вас	При снижении дозы симптомы могут вернуться, и Вам станет сложно работать или учиться. Может потребоваться больше встреч с врачом, чтобы восстановить прежнее состояние	При отмене препаратов в течение 1 года симптомы возвращаются у 80 из 100 пациентов. Обострение может потребовать нового лечения в стационаре
Как я могу снизить риски?	Вы можете использовать специальные стратегии, снижающие риск возникновения побочных действий: соблюдать диету, заниматься физкультурой и пр. Необходимо избегать алкоголя и наркотиков	Вы можете вести дневник и точно фиксировать изменения своего состояния, чтобы врач смог подобрать нужную дозу и препарат. Необходимо избегать алкоголя и наркотиков	Регулярно посещайте врача, группы само- и взаимопомощи. Отменяйте препарат строго по назначенной схеме. Не скрывайте симптомы, если они снова появляются. Необходимо избегать алкоголя и наркотиков
Как это может повлиять на мою повседневную активность?	Если лекарство помогает, Вы можете вернуться к своему обычному образу жизни	Минимальная эффективная доза снизит риски побочных эффектов, и это поможет вернуться к привычной жизни	Как только Ваши симптомы пройдут, Вы сможете вернуться к обычной жизни, но сохраняйте контакт с врачом, так как симптомы могут вернуться

шение рисков – $OR=1,82$; $95\% ДИ=1,52\div 2,16$; $n=19$), а также большее доверие к предлагаемым врачам назначениям ($OR=1,51$; $95\% ДИ=1,17\div 1,96$; $n=13$). Применение процедур СПР увеличивало время консультации в среднем всего на 2,55 мин.

Существуют также работы, свидетельствующие о положительном влиянии СПР и на клинические результаты лечения. Так, в исследовании E.A.G. Joosten et al. (2009) на выборке из 220 пациентов психиатрического стационара показано, что СПР снижало риск злоупотребления алкоголем и повышало качество жизни. Согласно отдаленным результатам, СПР также

ассоциировано с большей самостоятельностью пациентов и увеличением их реабилитационного потенциала [10]. Немецкие коллеги проанализировали результаты лечения 107 сложных пациентов с диагнозом шизофрении [8]. Методом рандомизации они были поделены на 2 группы, и затем в одной из них проводилась терапевтическая беседа с врачом с выбором основных целей терапии и вытекающий отсюда подбор антипсихотиков, а в другой – традиционное рутинное лечение. При изучении отдаленных результатов (через 6 и 18 мес) в обеих группах выявлены высокие показатели нон-комплаенса и регоспи-

тализаций, но в группе с использованием СПР был тренд к более редким повторным госпитализациям на статистически значимом уровне.

«Мишени» совместного принятия решений

В метаанализе G. Makoul и M.L. Clayman (2006) проанализирована 161 концептуальная модель СПР и определено 8 основных моментов (этапов) лечебного процесса, в которых можно использовать СПР:

- определение проблемы со здоровьем и ее интерпретация;
- определение пути диагностического поиска;
- обсуждение выгоды/рисков/стоимости лечения;
- выявление основных ценностей/предпочтений пациента;
- обсуждение возможности лечебных интервенций и выяснение потенциала пациента к самолечению;
- предоставление информации и рекомендации по изменению образа жизни;
- прояснение понимания пациентом ситуации (обратная связь);
- принять окончательное решение сразу или отложить его на потом.

Роль медсестры в совместном принятии решений

Современная концепция роли медсестры, внедряемая в большей степени в зарубежной практике, значительно расширяет ее функциональные возможности во взаимодействии с пациентом, что также требует совершенствования механизма принятия решения [3]. При изучении того, как медсестры принимают решения в процессе ухода и надзора за больными, описаны 2 механизма: аналитический и интуитивный [13]. В табл. 1 приводится сравнение 2 этих моделей.

Анализ результатов исследований свидетельствует о том, что именно интуицию медсестры считают наиболее важной в своей практической деятельности и лишь дополняют ее теоретическими знаниями [14]. Многие медсестры отстаивают свое право принимать решения на основании интуиции, учитывая при этом, что ее невозможно объективно оценить или измерить. Констатируется, что этот вопрос еще очень мало изучен, так как большинство работ имеют описательный, а не исследовательский формат.

Вспомогательные средства при совместном принятии решений

Обоснованное принятие решения в первую очередь требует обработки больших массивов информации. В современной ситуации для этого необходимо все больше времени, и потому появляются информационные системы, которые помогают клиницисту и пациенту принимать совместное решение [4]. Одним из наиболее развитых англо-

зычных сервисов является Option Grid (optiongrid.org), на котором в удобной графической форме представлены возможности выбора для пациентов при принятии решения. Для примера приводим перевод таблицы о выборе в отношении лечения антипсихотиками: прекратить его, изменить или продолжить (табл. 2).

Таким образом, проблема выбора оптимальной тактики взаимодействия с пациентом при принятии решений приобретает все большую актуальность, что обусловлено требованиями современного общества. В психиатрической практике вопросы взаимоотношений между медицинским работником и пациентом особенно значимы, поскольку при оптимальном варианте позволяют достичь комплаенса и соответственно – определенных успехов в решении проблем пациента и терапии. Современное понимание роли медсестры в процессе ведения пациента требует осмысления также и моделей принятия решений. Обучение медсестер навыкам обоснованного принятия решения в конкретных клинических ситуациях – один из ключевых механизмов не только повышения качества медицинских услуг, но и удовлетворенности пациента и его родственников от взаимодействия с медицинской системой, что позволяет повысить интерес пациента к своевременному получению медицинской помощи.

Литература

1. Меринов А.В., Шустов Д.И., Петров Д.С., Шитов Е.А., Федотов И.А. Расстройства зрелой личности. Рязань: РИО РязГМУ, 2013.
2. Петров Д.С., Шустов Д.И., Меринов А.В., Шитов Е.А., Васяткина Н.Н. Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Рязань: РИО РязГМУ, 2013.
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 июня 2014 г. №309 «Об утверждении плана мероприятий («дорожная карта») по расширению функций специалистов со средним медицинским образованием».
4. Угаров И.В., Захарова Н. В. Системы помощи принятия решения в психиатрии: прошлое и будущее. Вестник СПбГУ (сер. Медицина). 2017; 12 (3): 243–50.
5. Шустов Д.И., Новиков С.А., Петров Д.С., Меринов А.В., Федотов И.А. Методы современной психотерапии. Рязань: РИО РязГМУ, 2013.
6. Shern D. et al. Antipsychotic medication: continue, adjust, or stop? [Электронный ресурс]. URL: https://www.ebscohost.com/assets-sample-content/Antipsychotic_medication_continue%2C_adjust%2C_or_stop.pdf
7. Coulter A., Collins A. Making shared decision making a reality. No decision about me, without me. London: King's Fund, 2011.
8. Hamann J. et al. Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment. J. Clin. Psychiatry. 2007; 68: 992–7.
9. Health Foundation. Helping people share decision making. London: Health Foundation, 2012.

10. Joosten E. et al. Shared decision making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst. Use Misuse*. 2011; 46: 1037–8.

11. Joosten E. et al. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance dependent patients. *Psychother. Psychosom*. 2009; 78: 245–53.

12. Makoul G., Clayman M.L. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient. Educ. Couns*. 2006; 60: 301–12.

13. Nibbelink C.W., Brewer B.B. Decision-Making in Nursing Practice: An Integrative Literature Review. *J. Clin. Nurs*. 2017; 3: 5–15.

14. Rew L., Barrow E. M. State of the science: intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science*. 2011; 30 (1): 15–25.

15. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*. 2017; 16: 146–53.

16. Stacey D. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 1: Art. No.: CD001431.

SHARED DECISION MAKING IN PSYCHIATRY: THE ROLE OF NURSE

I.A. Fedotov, S.N. Kotlyarov, A.V. Merinov, Yu.V. Fedotova, A.A. Kotlyarova

Ryazan State Medical University, Ryazan Medical College

The article presents a review of the modern literature and the opinion of the authors about the current changes in decision-making in the psychiatry. There was described the definition of shared decision-making (SDM), specify the available evidence of the effectiveness of SDM and its key stages. The role of the nurse in this process was specially noted.

Key words: shared decision making, relationship «patient-physician-nurse».

For citation: Fedotov I.A., Kotlyarov S.N., Merinov A.V., Fedotova Yu.V., Kotlyarova A.A. Shared decision making in psychiatry: the role of nurse. *Meditinskaya sestra*, 2018, 5(20): 31–34 (In Russian).

<https://doi.org/10.29296/25879979-2018-05-09>