

РЕКОМЕНДАЦИИ

По эффективной коммуникации медицинского персонала с пациентами с диагнозом COVID – 19 в стационарных и амбулаторных условиях лечения

Вспышка COVID-19 вызывает беспокойство во всем мире. Сложившаяся кризисная ситуация приводит к нестабильному психоэмоциональному состоянию у населения, особенно, у людей, у которых был поставлен диагноз COVID – 19. Это необходимо очень ясно понимать и учитывать при оказании медицинской помощи заболевшим.

Факторами, провоцирующими состояния психоэмоционального напряжения, у данной группы людей могут быть связаны с:

- высокой неопределенностью методов лечения и меняющихся протоколов лечения;
- сложностью маршрутизации пациентов с COVID – 19;
- сложностью усвоения ежедневно поступающей информации о новых правилах ограничения в период пандемии;
- высокой степенью риска заражения близких.

Для людей, находящихся в стрессовой ситуации в связи с заболеванием COVID – 19, могут быть характерны следующие реакции:

- страх умереть;
- страх потерять средства к существованию, неспособность работать во время изоляции, и быть уволенным с работы;
- страх социального исключения, находиться на карантине длительное время;
- растерянность и бессилие;
- тревога за своих близких;
- страх повторного заражения;
- интерпретация любых изменений в физическом самочувствии как ухудшение динамики картины болезни;
- чувство одиночества и сниженного настроения из-за изоляции.

Могут проявляться протестные реакции против лечения, которые выражаются в отказе соблюдения режима самоизоляции, нежелании сотрудничать с врачом, легкомысленное отношение к симптомам заболевания.

Находясь в состоянии стресса, пациенты могут использовать защитные формы повеления, целью которых является адаптация к сложившейся ситуации и обстоятельствам.

Медицинский персонал, взаимодействуя с пациентами с диагностированным COVID – 19, на разных этапах лечения (стационарная, амбулаторная помощь) может столкнуться с разными формами реагирования у пациентов, которые проявляются в следующем поведении и переживаниях:

- 1. Агрессия,** при которой пациент отличается повышенной раздражительностью, вспыльчивостью, наличием безосновательных обвинений в сторону близких, медицинских работников, правительства и др. Такая реакция позволяет человеку привлечь внимание к своим страданиям, справиться с тревогой (сместить акцент от восприятия своего внутреннего состояния, которое вызывает тревогу, на внешние факторы), мобилизовать силы для решения проблем;
- 2. Отрицание.** Пациент не верит в то, что с ним происходит, скептически относится к своим симптомам, обесценивает возможную помощь, (*Например: «Я чувствую себя хорошо, мне не нужна ваша помощь», «Я не болею, у меня нет никаких симптомов болезни. Я хочу вернуться домой. Скорее всего это ОРВИ»*). Такое поведение позволяет минимизировать проблему и снизить страх последствий перед заболеванием. К сожалению, такое поведение может привести к риску заражения окружающих или ухудшению соматического состояния самого пациента;
- 3. Чрезмерная тревожность, фокусированность на угрозы.** Такой пациент постоянно пытается включить медицинский персонал в свои переживания избыточными жалобами, поисками у себя различных симптомов, которых может и не существовать в реальности. Функции такого поведения психики – это предвосхитить возможное ухудшение своего состояния и привлечь к себе внимание. Так же такие пациенты могут фокусироваться на внешних угрозах, таких как недостаточность оснащённости персонала и СИЗ, нехватки необходимых медикаментов и оборудования, избегание взаимодействия с пациентами с более тяжелым состоянием;
- 4. Подавленность и растерянность.** Для такого пациента характерно сниженный фон настроения, заикленность на мыслях о своем здоровье, симптомах, причинах заражения и драматичных последствиях, которые могут с ним произойти. Растерянность в отношении лечения.

Данные проявления могут быть симптомами психических расстройств, но в большинстве случаев это реакция на стресс, попытка адаптироваться к неприятным жизненным обстоятельствам.

При общении с пациентами, болеющими COVID – 19, медицинскому персоналу необходимо быть доброжелательными, вежливыми, корректными, не допускать следующих коммуникативных ошибок, которые могут ухудшить психоэмоциональное состояние пациента:

- **ссылаться на собственную усталость, количество и интенсивность работы** (*Например, медицинский сотрудник при общении с пациентом может использовать следующие фразы: «Вы думаете один такой, болеющий, посмотрите, сколько людей таких в больнице», «Я уже 12 часов на ногах», «Как я устал от этой работы»*);
- **не давать обещания, которые не можешь выполнить** (*Например: врач обещает пациенту уделить ему внимание, но не делает этого на протяжении длительного времени*);

- **делать назначение лекарственной терапии, не поясняя на что оно направлено** (Например: «Принимайте лекарства, это вам поможет», «Это хорошее лекарство»);
- **обвинять пациента в неправильных действиях, которые привели к заболеванию и перекладывать ответственность за результат лечения на пациента** (Например: «Что вы хотите, надо было маску носить», «Мы делаем все возможное, а вы нас отвлекаете своими жалобами», «Вы не соблюдали карантин, вот и последствия»);
- **давать пессимистичные прогнозы** (Например: «Ваше заболевание хроническое, тяжелое вам придется до конца жизни наблюдаться у врача и принимать терапию»);
- **вести коммуникацию, без учета эмоционального состояния** (Например: «Так, слушайте меня внимательно, эмоции в сторону, все вопросы потом»).

Стоит отметить, что данные ошибки коммуникации могут совершаться не напрямую через общение с пациентом, а опосредованно, когда медицинский персонал обсуждает состояние пациента, делает оценочные высказывания о личности и поведении пациента в присутствии других медицинских сотрудников или посторонних лиц [2].

Находясь на лечении в стационаре, пациент может сталкиваться еще с рядом факторов, которые могут ухудшить его эмоциональное состояние, и медицинский персонал должен учитывать это в своей работе. Многие пациенты боятся находиться в медицинских учреждениях, у них отсутствует опыт стационарного лечения, особенно в непростой эпидемиологический период времени. Пациент, находясь в стационаре, может взаимодействовать с другими пациентами, у которых ухудшается соматическое состояние, понимать, что кто-то уже умер. В такой ситуации может отсутствовать необходимая социальная поддержка, невозможность общаться с близкими. Коммуникация между медицинскими персоналом и пациентом может быть осложнена тем, что медицинские сотрудники находятся в СИЗ (средствах индивидуальной защиты) [3].

Медицинский персонал должен учитывать вышеописанные факторы и придерживаться следующих принципов построения коммуникации и психологической поддержки пациентов в стационаре:

1. Быть доброжелательным, оказывать эмоциональную поддержку пациентку.
2. Избегать негативных оценочных суждений в отношении личности и поведения пациента, в том числе в присутствии коллег.
3. Говорить откровенно и прямо, но с учетом психоэмоционального состояния пациента.
4. Стараться не использовать медицинскую терминологию в общении.
5. В случае неблагоприятного прогноза стараться поддерживать пациента: обсудите совместно варианты помощи, которые могут быть доступны в данной ситуации.

6. По окончании общения, обязательно интересоваться, какую информацию пациент усвоил и назначьте следующую встречу и шаги в лечении.

При затруднении в коммуникации с пациентом введу использования СИЗ:

1. Используйте «персонификацию» – обозначьте свой костюм специальными средствами идентификации на лицевой части костюма, чтобы пациенту было понятно с кем он разговаривает. Если большая часть медицинского персонала, находится в защите, различать специалистов становится проблематично.
2. Подключайте невербальную коммуникацию – покачивание головой или указывание руками, это позволит показать пациенту вашу эмоциональную включенность в процесс общения. Помните, что респираторы и другие средства защиты сглаживают интонации и эмоциональные реакции.
3. Используйте короткие фразы, сказанные точно и громко, это позволит вам донести нужную информацию до пациента. В противном случае ваша речь будет смазанной и нечёткой.

Находясь на этапе **амбулаторного лечения**, пациент так же сталкивается с определенными трудностями, которые могут ухудшить его психоэмоциональное состояние, а именно, невозможность вовремя получить консультацию специалиста, необходимость находиться в социальном мониторинге и выполнять требования, самостоятельно выполнять назначения врача, испытывать социальную депривацию, получать информацию о заболевании из непроверенных источников, поиск у себя дополнительных симптомов [5].

При взаимодействии с пациентом с диагнозом COVID – 19 в процессе оказания помощи в рамках амбулаторного звена (прием в рамках поликлиник и на дому) медицинскому персоналу необходимо придерживаться следующих принципов в коммуникации:

1. Если вы замечаете, что пациент находится в неустойчивом психоэмоциональном состоянии, дайте пациенту понять, что у вас будет для него достаточно времени. Окажите пациенту эмоциональную поддержку.
2. Предоставляйте пациенту достоверную информацию о заболевании, избегайте медицинских терминов, пытайтесь получить от пациента обратную связь в отношении полученной информации.
3. В случае, когда пациент делится своими переживаниями, не позволяйте себе негативных оценочных высказываний в отношении личности пациента, его эмоционального состояния и поведения.
4. Интересуйтесь, как пациент справляется с эмоциональным дискомфортом и какая помимо вас необходима пациенту помощь.
5. Ни в коем случае не показывайте пациенту отсутствие знаний в той или иной области в отношении заболевания или лечения. Если не можете

- предоставить достоверную информацию, сообщите, что посоветуйтесь с другими коллегами и сообщите необходимую информацию пациенту.
6. Старайтесь предоставлять пациенту четкие инструкции к действию (куда пойти, где можно оформить или получить нужный документ, справку).
 7. По окончании общения, обязательно поинтересуйтесь, какую информацию пациент усвоил и назначьте следующую встречу и шаги в лечении.

Медицинскому персоналу необходимо мотивировать пациента использовать эффективные и адаптивные способы работы с болезненными психоэмоциональными переживаниями, вызванными стрессовой ситуацией из-за диагноза COVID – 19. Можно использовать следующие рекомендации [7]:

- Это нормально - чувствовать грусть, огорчение, беспокойство, растерянность, испуг или злость из-за болезни;
- Поговорите с людьми, которым доверяете. Поделитесь своими переживаниями с друзьями и семьей. Поддерживайте связь с семьей и друзьями с помощью электронной почты, телефонных звонков и использования социальных сетей.
- Следуйте медицинским рекомендациям, если вы должны оставаться дома.
- Не используйте табак, алкоголь или другие наркотики, чтобы справиться со своими эмоциями.
- Если вы чувствуете себя подавленным, и не можете получить необходимую поддержку от своих близких, обратитесь за помощью к медицинскому психологу, при необходимости, свяжитесь с психиатром. Составьте план, куда можно обратиться за помощью в отношении психического здоровья и психосоциальных потребностей.
- Используйте достоверные источники для получения информации, такие как веб-сайт ВОЗ, местное либо государственное управление общественного здравоохранения.
- Сократите время, которое вы и ваша семья тратите на просмотр или прослушивание расстраивающего освещения в СМИ.
- Используйте навыки, которые вы использовали в прошлом в трудные времена, чтобы управлять своими эмоциями во время этой вспышки.

Следует отметить, что COVID – 19 может спровоцировать ухудшение психического состояния. COVID-19 может стать причиной нарушений сна и засыпания, а также развития депрессивных, тревожных и, посттравматических стрессовых расстройств [4]. Психическое заболевание может также протекать на фоне COVID – 19. **Медицинскому персоналу работающим с пациентами в рамках амбулаторных и стационарных подразделений важно уметь дифференцировать определенные симптомы нарушения психики и мотивировать пациента обратиться за помощью к врачу-психиатру. В случае подозрения на психическое расстройство персоналу необходимо выяснить у пациента следующую информацию:**

1. Наличии психического заболевания в анамнезе (Например, уточнить у пациента был ли у него опыт обращения к психиатру, принимает ли он лекарственную терапию, назначенную врачом-психиатром);
2. Длительность и устойчивость во времени симптомов ухудшения психического состояния, когда появились первые симптомы, были ли периоды улучшения;
3. Связана ли симптомы заболевания с реальными обстоятельствами.

Проявления стресса могут быть похожи на признаки психического заболевания, в связи с чем необходимо помнить о том, что основными отличительными признаками будут:

- Симптомы психического расстройства должны присутствовать непрерывно и в течение длительного времени;
- Может отсутствовать критика к своему состоянию.
- Данное состояние невозможно скорректировать обычной разъяснительной беседой с врачом [1].

Для более точной дифференциальной оценки наличия психического заболевания медицинскому персоналу необходимо обращать внимание на следующие нарушения:

- Расстройства сна могут проявляться в трудности засыпания, частых пробуждениях, раннем пробуждении и невозможности уснуть (например, пациент может проснуться в 3-4 утра и не может больше уснуть), отсутствие сна или чрезмерная сонливость (например, пациент спит по 12-16 часов в сутки);
- Нарушения аппетита проявляются в отказе от пищи, либо в переедании, что в свою очередь провоцирует резкое снижение или набор веса;
- Нарушения настроения:
 - тоска характеризуется стойким сниженным настроением, острым переживанием подавленности, концентрацией на негативных событиях, наличием идей виновности и унижения, сниженной самооценкой, мрачным и пессимистичным видением будущего. Если сниженное настроение длится более двух недель, то это может свидетельствовать о наличии депрессивного состояния;
 - тревога и безосновательные приступы страха проявляется в постоянном беспокойстве, переживании за что-либо, невозможности длительное время усидеть на месте, стремление куда-то пойти и что-то сделать, общими признаками являются неожиданно возникающее сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности происходящего. Приступы тяжелой тревоги не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы;
 - возбуждение, эйфория, приподнятое настроение сопровождается притоком бодрости, отличным самочувствием

(например, человек с легкостью справляется с трудностями, но откровенно переоценивает свои возможности). Если выраженный подъем настроения длится более двух недель, то это говорит о наличии гипомании;

- повышенная раздражительность, импульсивность, дисфория проявляются в постоянном недовольстве и критике окружающих, агрессивных высказываниях (например, грубость, оскорбления, нежелание слушать собеседника, нарушение дистанции в сторону медицинских сотрудников);

- отсутствие эмоционального отклика на события или собеседника проявляется в виде обеднения всех эмоций и чувств и безразличии к любым стимулам, вне зависимости от значимости для человека.

- Нарушения поведения может проявляться в зависимости от эмоционального состояния человека. Например, при сниженном настроении человек будет пассивен, без инициативен, может сидеть в одной застывшей позе, взгляд отстраненный, возможно нарушение зрительного контакта с собеседником. Противоположным примером может быть, чрезмерная активность, суетливость, повышенная активность, разговорчивость и общительность. Такое поведение может быть опасным для человека и окружающих.
- Нарушения мышления проявляются в невозможности сформулировать жалобы, дифференцировать свои болезненные переживания. При нарушении мышления человек не может оценить свое состояние четко, он может высказывать идеи воздействия, преследования, контроля над его состоянием и мыслями. Например, пациент свой диагноз может интерпретировать как воздействие злых духов или инопланетян, считать себя избранным и уникальным.
- Нарушения восприятия проявляются в усилении или искажении ощущений от шума, цвета, запахов. Например, пациент высказывает жалобы на чувство, будто он сам или все вокруг изменилось, «я вижу то, чего не видят другие», «я слышу голоса внутри головы», «я чувствую необычные запахи», «у меня неприятные ощущения в теле». Такие изменения в восприятии пациенты могут скрывать, однако, это становится заметно, если без учета контекста ситуации пациент начинает прислушиваться к чему-то, оглядываться или шептать что-то неразборчивое «себе под нос».
- Нарушения сознания проявляются в виде дезориентировки во времени (не могут назвать текущее время суток, число, день недели, месяц, год, время года), в месте (не знают, где находятся, или место пребывания называют неправильно), в ситуации (не могут правильно оценить сложившуюся ситуацию, неправильно определяют окружающих лиц).
- Суицидальные высказывания проявляются в виде частых разговоров о смерти, нежелании жить, безвыходности ситуации, бессмысленности

существования. Пациент, может начать раздавать свое личное имущество, просить прощения у каждого, писать предсмертную записку, обзванивать родственников и благодарить за приятные моменты жизни. Например, в высказываниях такого пациента можно услышать: «Пожил – и хватит», «Если мы больше не увидимся, спасибо за все», «Лучше умереть, чем так страдать».

Список литературы.

1. Сальникова Л. И., Семенова Н. Д., Сторожакова Я. А. [и др.]. Групповая работа с психически больными по психообразовательной программе: пособие для врачей/ под редакцией проф. И.Я.Гуровича, Москва :Издательство Московского НИИ Психиатрии МЗ РФ. 2002. – 39с.
2. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. XX, №1. С. 52-63.
3. Мосолов С.Н. Актуальные задачи психиатрической службы в связи с пандемией COVID-19 // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – No 2.
4. Yeen H., Ning Z., Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey *Psychiatry Res.* 2020 Jun; 288: 112954.
5. Jonathan P Rogers, Edward Chesney, Dominic Oliver, Thomas A Pollak, Philip McGuire, Paolo Fusar-Poli, Michael S Zandi, Glyn Lewis, Anthony S David, *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic, Lancet Psychiatry* 2020 Published Online May 18, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
6. Stefan G. Hofmann, Ph.D., Anu Asnaani, M.A., Imke J.J. Vonk, M.A., Alice T. Sawyer, M.A., and Angela Fang, M.A., *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses, Cognit Ther Res.* Author manuscript; available in PMC 2013 Feb 28. Published in final edited form as: *Cognit Ther Res.* 2012 Oct 1; 36(5): 427–440. Published online 2012 Jul 31. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
7. Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. *Clin J Pain.*, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analyses. 2017 Jun;33(6):552-568. doi: 10.1097/AJP.0000000000000425.
8. Franklin C, Zhang A, Froerer A, Johnson S., *Solution Focused Brief Therapy: A Systematic Review and Meta-Summary of Process Research. J Marital Fam Ther.* 2017 Jan;43(1):16-30. doi: 10.1111/jmft.12193. Epub 2016 Oct 19.
9. Markowitz JC, Milrod B, Luyten P, Holmqvist R., *Mentalizing in Interpersonal Psychotherapy. Am J Psychother.* 2019 Dec 1;72(4):95-100. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20190021. Epub 2019 Nov 22.