Всем здравствуйте. Мы рады представить на сегодняшней конференции тему нашего доклада “Ролевое поведение врача. Ошибки интервьюирования пациентов.”

***«Врач уже сам по себе является лечебным средством, необходимо только принять во внимание «дозировку» и «побочные действия» его личности».***

**Михаэль Балинт (врач, психотерапевт)**

Прежде всего, конечно, хотелось бы начать с актуальности нашей темы. **Актуальность темы обусловлена тем, что профессиональное общение врача является необходимым условием любого аспекта его профессиональной деятельности.**

Любая работа с людьми неразрывно связана с процессом и проблемами общения, оно пронизывает профессиональную деятельность медработников на любом уровне. Индивидуальные особенности психики пациента в условиях лечебных взаимоотношений и взаимодействий приходят в соприкосновение с психологическими свойствами медицинского работника. Целью такого контакта является помощь, оказываемая пациенту. Как у пациента, так и медработника существуют собственные мотивы взаимодействия, медперсоналу при этом принадлежит роль в обеспечении бесконфликтного взаимодействия.

Что же вообще такое ролевое поведение? **Ролевое поведение –**[**социальная**](https://www.psychologos.ru/articles/view/obschestvennye_otnosheniya) **функция человека. Это поведение, которое ожидается от личности. Оно обуславливается ее**[**статусом**](https://www.psychologos.ru/articles/view/socialnyy_status) **или же позицией в структуре**[**межличностных отношени**](https://www.psychologos.ru/articles/view/mezhlichnostnye_otnosheniya)**й.**

Одно из значимых отличий профессии врача – гуманное отношение к пациенту и регулярная коммуникация с ним. Человек, пришедший к доктору, доверяет ему здоровье, жизнь, разум и чувства. Именно поэтому этика взаимоотношений врача и пациента столь важна, ведь роль «человека в белом халате» и степень доверия к нему может оказать решающую роль в успешности лечения.

**Процесс общения** с больным начинается с выбора дистанции взаимодействия, она должна быть такой, чтобы пациент чувствовал себя комфортно и безопасно. При изменении дистанции, особенно при ее сокращении, желательно объяснить свои действия, чтобы избежать нарастание психологического напряжения и агрессии. Пациент, находясь в ситуации стресса, обусловленного болезнью, нуждается в фиксированной территории, принадлежащей только ему. Позитивное взаимодействие зависит не только от территории, но и от социального статуса пациентов, их возрастной однородности.

***Основные требования к разговору врача.***

С октября 1987 года в Германии врачебный разговор переведен в категорию интенсивных врачебных процедур и включен в каталог целей обучения студента медицинского вуза. Расширяются исследования по этому направлению. Некоторые результаты этих исследований мы приведем ниже.

Из 70 исследованных характеристик разговора врача признаны наиболее важными следующие 5:

\* вместо ДИРЕКТИВНОСТИ – ОПОРА НА ФАКТИЧЕСКУЮ СТОРОНУ дела.

Исследования показывают, что врачи, чрезмерно активные в ведении беседы (доминирующие, навязывающие рекомендации вне интересов пациента, пресекающие инициативу со стороны пациента и т.п.) приходят к результатам не вполне желаемым, вплоть до затормаживания выздоровления. Они теряют значительное количество ценной информации (не высказанной пациентами), провоцируют недружественное поведение со стороны пациента, не склонны менять тактику беседы вопреки очевидному несоответствию.

\* УВАЖИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТА, куда входят, прежде всего, уважение пациента как независимой личности, желание датьтеплый фон беседе, подчеркнутое внимание к собеседнику (памятуя о том, что при заболевании процесс восприятия поведения другого человека не всегда достаточно отчетлив);

\* ОТКРЫТОСТЬ, откровенность, готовность высказать свое личное мнение, исключающие со стороны пациента вопросы типа: «Я бы хотел знать, что он думает на самом деле»...

\* ЭМПАТИЧНОСТЬ как готовность принять полностью чувства, мысли, заботы, желания другого; здесь же, умение это выразить и «вернуть» это переживание пациенту в процессе беседы;

\* ДОХОДЧИВОСТЬ И ПОЛНОТА ИНФОРМАЦИИ, как основа «комплаЕнса» – совпадения требований врача и убежденности пациента следовать полученным предписаниям. Другими словами, комплаЕнс – это отношение фактической терапии к терапии-предписанию (предложенному врачом).

Главная задача деонтологии заключается в том, чтобы очертить круг нормативных требований, следуя которым врач должен избежать отрицательного влияния на больного в течение болезни, диагностических и терапевтических ошибок и заблуждений. Однако, знание деонтологии не всегда является гарантией успешной работы врача, поскольку любая деятельность реализуется определенными психическими процессами, имеющими свои закономерности. Необходимо их учитывать, а также знать собственные психологические особенности, от которых зависит и выполнение конкретным врачом упомянутых выше нормативных предписаний медицинской деонтологии.

**Далее мы бы хотели более простым языком описать действия врача при разговоре с пациентом.**

1. Коммуникация с пациентом. Ее врач обязан продумать заранее, при этом нужно постараться избавить клиента от ненужных переживаний, не нагнетать ситуацию. Кроме того, в силу специфики сферы пациент не может знать многое из того, с чем при течении болезни он столкнулся, однако это не дает врачу право свысока смотреть на клиента, пренебрегая возможностью донести до него мысль. Из этого вытекает следующая стадия.

2. Умение слушать и слышать пациента. Если доктор может услышать то, что говорит ему пациент, – это уже лечение. Этика поведения врача запрещает ему во время общения с клиентом отвлекаться на телефонные разговоры, разговоры с коллегами. Невнимание к пациенту вызывает у него ощущение ненужности, отчаяния, и вместе с тем – понимания равнодушия, а значит – недоверия к врачу.

3. Беседа с пациентом должна проводиться один на один с ним, а не в общей палате, при коллегах.

4. Собирать анамнез может исключительно лечащий врач, а не его коллега, ассистент и так далее. Ведь пациенту вряд ли будет приятно рассказывать о своих болячках столь многим людям, он начнет что-то упускать, и по факту лечащий врач может пропустить что-то важное. Кроме того, пациент может посчитать, что лечащий врач не познакомился с предоставленной информацией, и будет чувствовать пренебрежение в отношении себя.

5. Беседа с пациентом не должна быть слишком панибратской или демонстративно отстраненной. Самое главное, на чем нужно основываться, – это уважение к вашему пациенту.

**Конфликты в системе «врач – больной»**

Основные противоречия, реализующиеся в конфликтном взаимодействии «врач-больной» заключается в столкновении мнений, взглядов, идей, интересов, точек зрения и ожиданий участников взаимодействия.

Процесс оказания медицинской помощи относится к категории “трудных ситуаций” для больного и имеет следующие признаки:

a. осознание пациентом угрозы его здоровью, трудностей, которые связанны с ограничением режима его жизнедеятельности, а также с образованием препятствий к реализации личных целей;

b. возникновение у больного таких состояний как повышенная тревожность, психическая напряженность, внутриличностного конфликта как реакции на трудность;

c. существенное изменение у пациента привычных параметров деятельности и общения.

Из вышеперечисленного следует, что предпосылок для развития «трудных ситуаций» в медицине много и без их своевременного предупреждения они реализуются в конфликты.Конфликтное поведение среди пациентов характерно в основном лицам предпенсионного или пенсионного возраста, а также имеющим невысокий уровень образования или с неустроенной личной жизнью, имеющим невысокий уровень дохода, или поживающих мало комфортных бытовых условиях. Значительна доля из них, несмотря на неудовлетворительное состояние своего здоровья, вынуждена работать, а иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту.

Следует отметить, что одна из основных причин конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения, являются трудности взаимодействия между врачом и больным, которые необходимо учитывать на всех этапах оценки качества медицинской помощи.

**Ошибки интервьюирования пациентов. (по А. Древалю)**

В начале клинической деятельности любая, самая неправдоподобная диагностическая гипотеза должна быть тщательно и без спешки продумана и обоснована обстоятельным обследованием больного. В противном случае наблюдаются следующие типичные ошибки интервьюирования:

1) внушение больному симптомов предполагаемой нозологической формы;

2) неверное восприятие жалоб (симптомов) больного – желаемое принимается за действительное;

3) нераспознавание аггравации и, тем более, симуляции симптомов;

(аггравация - преувеличение больным какого-либо симптома или болезненного состояния.)

Ложное в той или иной степени представление о заболевании, особенно на начальныхэтапах диагностического поиска, является правилом, а не исключением. И одна из главных ошибок интервьюирования заключается как раз не в том, что неверно сформулирована диагностическая гипотеза при явном дефиците надежной информации, а что, имея на вооружении неверную диагностическую гипотезу, врач может попытаться навязать свою точку зрения больному. Именно абсолютная уверенность в слабообоснованной гипотезе обычно провоцирует врача к ведению диалога в довлеющем, императивном стиле. В результате можно внушить больному отсутствующий симптом. Гипнотизирующий стиль ведения интервью может выглядеть, например, следующим образом:

В. Вас беспокоит головная боль?

Б. Нет.

В. Неужели у Вас никогда не болела голова?

Б. Ну, я не могу так категорически утверждать.

В. Так все-таки головные боли бывают или нет?

Б. Наверное, да.

В. А если точнее?

Б. Ну, в общем, бывают.

Однако «подгонка» жалоб больного под диагностическую концепцию все же редко протекает в такой достаточно прямолинейной манере, очевидной даже непрофессионалу. Обычно же ошибки интервьюирования обусловлены односторонним восприятием врачом симптомов болезни лишь с позиции главной или, того хуже, единственной гипотезы. ...

Врач и больной ведут беседу только в сфере несамоочевидных представлений, чтобы сократить время непродуктивного общения. И именно на этой почве рождаются ошибки, связанные с неверным восприятием жалоб больного. В диалоге врач-больной представления о заболевании у каждого из собеседников существенно различаются, а потому, то, что очевидно для врача, может быть совсем не очевидно больному, и наоборот. ...

Рассмотрим далее приемы интервьюирования, которые позволяют избежать ошибок, обусловленных неверным восприятием жалоб. Прежде всего, в процессе интервью следует придерживаться трех, хотя и очевидных, но обычно не соблюдаемых начинающим клиницистом правил.

Первое – вопрос должен формулироваться с предельной ясностью для больного (!), т.е. так, чтобы исключить возможность неверного понимания и двусмысленного ответа. Второе, – удовлетворяться следует не любым ответом, а лишь совершенно ясным, однозначным и адекватным поставленному вопросу. Третье (тесно связанное с первыми двумя) – не дополнять симптомы теми качествами, которые не следуют явно непосредственно из ответа больного. ...

Эффективные приемы построения и формирования вопросов, предельно ясных любому больному, широко используются опытными клиницистами ...

Наиболее частая ошибка интервьюирования связана с желанием клинициста в одном вопросе охватить очень широкий круг проявлений предполагаемой болезни.