

**Д. В. Михальченко, А. В. Михальченко,
А. В. Жидовинов, В. Н. Наумова**

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра преподавания стоматологических заболеваний

НЕОБХОДИМОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ПО ВОПРОСАМ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТОМ

УДК 614.253

В настоящее время участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. При этом жалобы очень часто возникают не на качество медицинской помощи, а на плохое отношение и формализм медиков. Статистика судебных исков также подтверждает, что многие из них вызваны именно конфликтными ситуациями во взаимоотношениях врача с пациентом. До недавних пор между врачом и пациентом сохранялась преимущественно патерналистская модель взаимоотношений, основанная на покровительстве, опеке и контроле со стороны врача. Однако с ростом грамотности пациентов, в последнее время возникает необходимость в обсуждении с пациентом диагноза и возможного плана лечения. Таким образом, кроме патерналистской модели, появляются информационная, интерпретационная и совещательная. Хороший врач – это не только профессионализм, энциклопедические знания и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение общаться с пациентом.

Ключевые слова: деонтология, патернализм, адаптация к стоматологическому лечению.

**D. V. Mikhalchenko, A. V. Mikhalchenko,
A. V. Zhidovinov, V. N. Naumova**

NEED FOR FURTHER EDUCATION OF HEALTHCARE PROFESSIONALS ON DOCTOR –PATIENT RELATIONSHIP

The number of lawsuits and financial claims involving health care professionals has been growing recently. Most commonly, patients do not complain about the quality of the medical care they receive. They often complain about the general bad attitude to them and medical formalism. A statistical analysis of lawsuits involving health care professionals has shown that most of the claims result from conflicts between a health care professional and a patient. In the paternalistic model of doctor-patient relationship that has been used in medicine until recently, emphasis is made on controlling patients' decisions and providing care to them. As patients receive more information today about their diseases and treatment options, there has been a growing need for shared decision-making, i.e. discussing the diagnosis and suggested plan of treatment with a patient. In addition to the paternalistic approach in doctor-patient relationship, there are alternative models, such as informative, interpretive and deliberative. Thus, a good doctor must not only be an expert in his field, have excellent knowledge of the subject and be good at performing medical procedures, but be able to communicate with patients effectively.

Key words: deontology, paternalism, adaptation to dental treatment.

Не секрет, что в настоящее время участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. При этом жалобы очень часто возникают не на качество медицинской помощи, а на плохое отношение и формализм медиков. Пациенты предъявляют следующие претензии к медицинским учреждениям: 21 % жалуется на завышенную стоимость услуги, 16 % – на плохую организацию работы мед учреждения и на некачественное лечение, 6 % – на плохое отношение медицинского персонала, 41 % всех опрошенных – на непонимание со стороны врачей [4, 6]. Статистика судебных исков также подтверждает, что многие из них вызваны именно

конфликтными ситуациями во взаимоотношениях врача с пациентом [1, 4]. Причем это нельзя объяснить низкой заработной платой медицинских работников, поскольку такая ситуация складывается в медицинских учреждениях любых форм собственности, как государственных, так и частных.

В своих исследованиях еще 15 лет назад совместно с В. Ю. Миликевичем мы обратили внимание на личностные особенности пациентов с неудовлетворительной адаптацией к протезам [3]. На рис. 1 представлены усредненные профили удовлетворенного человека и недовольного лечением (I и II). Обращают на себя внимание выраженные значения по показателям шкал: 2 – депрессия, 6 – паранойя, незначительный подъем

шкалы 8 – шизофрения. То же самое подтверждается в работах Ю. М. Максимовского [2]

для пациентов с завышенными требованиями к терапевтическому лечению (III).

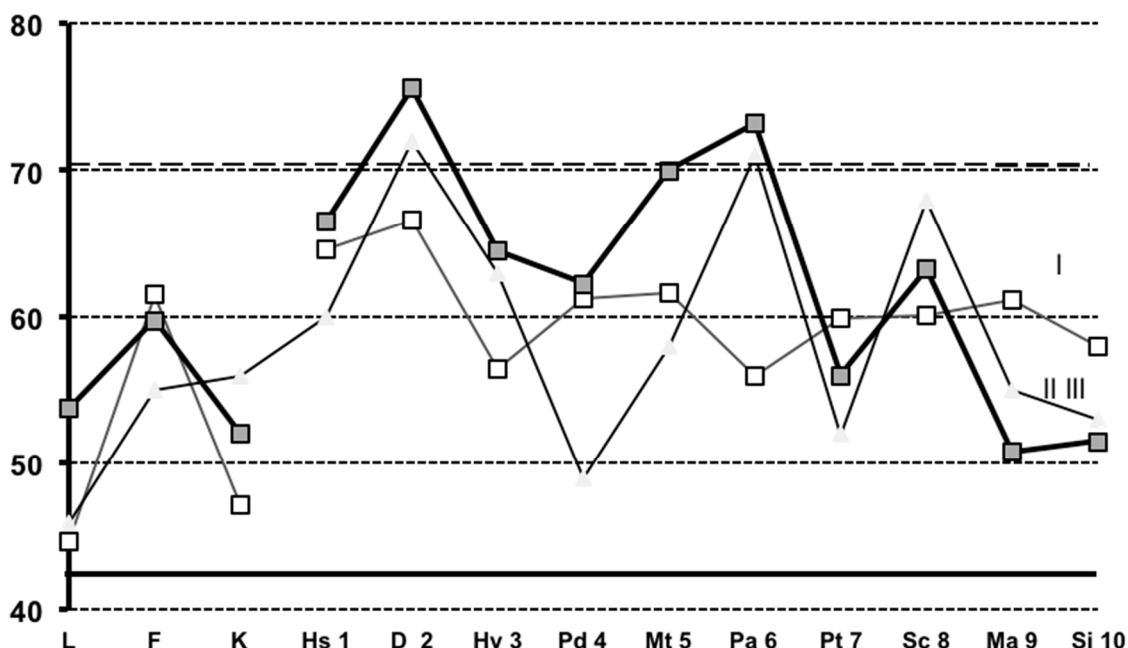


Рис. 1. Личностные особенности пациентов с различным уровнем требований к стоматологическому лечению:
I – удовлетворенный лечением;
II, III – с завышенными требованиями к лечению

Данные профили характеризуют пациентов как лиц тревожных, подозрительных, обидчивых. Нерациональная оценка ситуации у этих лиц, как правило, оказывается источником эмоциональной напряженности, негативных эмоций и даже депрессий [3].

Заметим, что эти люди не больны и не нуждаются в помощи психиатров. Они искренне уверены, что их поведение правильное, и действительно никто не хочет лечить их должным образом. Эти пациенты составляют значительную долю всех обратившихся, и нам с вами приходится с ними работать [5–7].

У каждого педагога-медика есть два противоположных типа учеников: первые обладают превосходными знаниями и мануальными навыками, но совершенно не хотят или не умеют общаться с пациентами; вторые может немного и уступают в профессиональных умениях, но стараются вникнуть во все проблемы пациента, искренне желают ему скорейшего выздоровления, причем подчеркивая это в ходе общения. Практика показывает, что большинство пациентов склоняется к выбору именно второго врача.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Обосновать необходимость в дополнительном обучении врачей вопросам их взаимоотношений с пациентами.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели были изучены результаты анкетирований как пациентов, так и врачей, на предмет взаимоотношений между ними.

Выяснялись причины основных взаимных недовольств, а также пути их устранения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведение опросов среди пациентов определило основные критерии, используемые при выборе врача.

На вопрос «От чего, по Вашему мнению, зависит успех лечения?» 63 % ответили, что от личности врача, его коммуникабельности и умения разъяснить пациенту суть сложных медицинских процедур; 28 % считают, что от методов лечения, качества медицинских препаратов; 10 % – от уровня и статуса лечебного учреждения (рис. 2).

То, что врач имеет дипломы об окончании дополнительных курсов и семинаров, было на последнем месте и составило всего лишь 2 %.

За время существования медицины искусство общения врача и пациента по-прежнему сохраняет наибольшую, если не первостепенную, значимость.

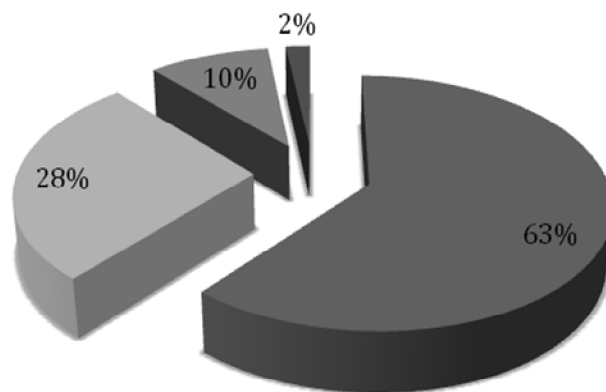


Рис. 2. Причины успешного лечения, по мнению пациентов:
63 % – личность врача; 28 % – методы лечения; 10 % – уровень ЛПУ;
2 % – наличие дипломов у врача

До недавних пор между врачом и пациентом сохранялась преимущественно патерналистская модель взаимоотношений, основанная на покровительстве, опеке и контроле со стороны врача. Пациент полностью доверял врачу право принимать решения. Врач же исключительно в интересах больного поступал так, как считал нужным. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений и неуверенности, а врач полностью берет на себя заботу о нем. Врач не делился с больным своими сомнениями, скрывал от него неприятную правду (пример – онкологические заболевания).

Однако с развитием демократического сознания, а также ростом грамотности пациентов, в последнее время возникает необходимость в обсуждении с пациентом диагноза и возможного плана лечения.

Таким образом, кроме патерналистской модели, появляются информационная – где пациент совершенно независим от врача и самостоятельно принимает решения, интерпретационная – где врачу приходится убеждать пациента, и совещательная – основанная на доверии и взаимном согласии.

Для малообразованных людей больше подходит интерпретационная модель, т. е. врач убеждает пациента. Для образованных людей, вникающих в суть проблем со здоровьем, – совещательная модель. Но патерналистская модель, распространенная ранее, предполагает нарушение прав пациента и в наши дни не должна применяться, за исключением ситуаций, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях.

Мы провели опрос среди врачей, обсуждают ли они проблемы лечения с пациентами, и вынуждены констатировать, что обсуждают полностью всего лишь 18 % врачей. По 36 % обсуждают только основные моменты и то,

что нельзя не обсудить. А 9 % вообще не уверены, что что-то обсуждают!

На вопрос «С какими пациентами вам хотелось бы иметь дело?» ни один врач не ответил положительно про пациентов компетентных, занимающих активную позицию в ходе лечения; 15 % врачей хотели бы видеть пациентов, которые имеют представление о ситуации, но не более того; 30 % хотели бы видеть пациентов с минимальными медицинскими знаниями и желанием бережно относиться к своему здоровью; а 55 % хотели бы работать с теми, кто ничего не понимает и совершенно полностью доверяет врачу.

Однако доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного. В настоящее время врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения. Такое сотрудничество должно строиться на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу. Доверие было и остается основой отношений между врачом и пациентом.

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии и профессиональной этики медицинских работников. Главным критерием эффективности деонтологии является состояние душевного комфорта пациента. И возможно это только при соответствующих действиях врача.

Одним из важнейших условий взаимопонимания является ощущение у пациента *поддержки* со стороны врача. Проявление врачом *понимания, уважения, сочувствия* приводят к более плодотворному сотрудничеству.

С другой стороны, несмотря на современные «правдивые» модели взаимоотношений врача с пациентом, правду тоже нужно сообщать, хорошо взвесив все «за» и «против» [5]. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично,

а какие останутся и с их существованием необходимо будет смириться. Однако, сообщая правду, необходимо внушить пациенту и надежду. Никогда нельзя говорить, что больше ничего не возможно сделать! Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятных негативных результатах, могут обнадежить больного.

Отметим еще один важный факт: беседа с пациентом должна идти «один на один», присутствие третьих лиц исключается. Сведения о пациенте старше 15 лет не могут быть сообщены посторонним лицам и даже родственникам без его согласия. Сохранение врачебной тайны – это очень важная составляющая в доверии пациента врачу!

Как же сделать общение с пациентом максимально эффективным? Можно ли научить общению? Некоторые рекомендации уже прозвучали, вот еще несколько, которые рекомендуют психологи и психиатры:

Правило № 1. Уважение. Каждый человек заслуживает уважения. Необходимо избегать снисходительного или поучающего тона. Фамильярность обычно неуместно воспринимается как оскорбление.

Правило № 2. Разговор на простом языке. Говорить надо так, чтобы информация была проста и понятна для собеседника. Необходимо использовать простые слова повседневной речи, которые собеседнику известны. Информация должна звучать *позитивно*, чтобы она не была оценена критически и не давала повода человеку думать, что он что-то делает неправильно.

Правило № 3. Нужно предложить один-два варианта, а не отдавать распоряжения.

Можно применять приемы эффективного ведения беседы: смотреть собеседнику в глаза, показать свою заинтересованность, избегать скоропалительных выводов и советов.

Необходимо использовать невербальное общение. При этом важно помнить, что 55 % вашего отношения будут передаваться через выражение лица, позы, жесты, 38 % – через интонацию в голосе, 7 % – через слово. Так, например, при выборе позы лучше занять позу готовности к действию. Ни в коем случае нельзя находиться в позе закрытой для контакта. Сами того не понимая, вы разорвете контакт с пациентом.

При общении с агрессивными пациентами никогда нельзя повторять за ними обидных слов. Чем эмоциональнее их поведение, тем спокойнее должна быть реакция врача. Что бы не случилось, важно быть предельно вежливым

и корректным. Обращаться к пациенту лучше по имени и отчеству. Даже если он не дает сказать слово, нужно начать свою фразу с обращения по имени. Большинство людей прислушиваются, когда слышат свое имя.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хороший врач – это не только профессионализм, энциклопедические знания и совершенное владение техникой медицинских манипуляций, но и умение общаться с пациентом. К сожалению, навыки общения к врачам приходят с опытом. Специально в медицинских вузах этому практически не обучают. Умение общаться с пациентом требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Нужно уметь не только слушать, но и слышать пациента.

Поведению врача на приеме можно уделить очень много времени. Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться, в связи с этим важно услышать рекомендации опытных врачей стоматологов и психологов, и даже психиатров. Взаимоотношения врача и пациента – это сложная наука, которой не уделяется должного внимания. Врач должен уметь использовать не просто знания, а свое тонкое психологическое чутье, и здесь необходима постоянная работа сознания.

Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом, а этому необходимо учиться.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер В. Д., Алейников К. В. // Институт стоматологии. – 2010. – Т. 2. – С. 30–31.
2. Максимовский Ю., Ефремова Е., Орестова Е. // Кафедра. – 2010. – № 33, 34. – С. 76–77.
3. Михальченко Д. В. Психофизиологические аспекты прогнозирования адаптации человека к ортопедическим стоматологическим конструкциям: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 1999. – 93 с.
4. Михальченко Д. В., Фирсова И. В., Седова Н. Н. Социологический портрет медицинской услуги. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. – С. 5.
5. Наумова В. Н., Маслак Е. Е. // Практическая медицина. – 2013. – № 4(72). – С. 10–14.
6. Фирсова И. В., Михальченко В. Ф. // Вестник ВолгГМУ. – 2007. – № 2. – С. 181–182.
7. Фирсова И. В., Михальченко Д. В., Малюков А. В. // Социология медицины. – 2009. – № 1. – С. 20–22.