

Доверие и откровенность Пациента, тактичность врача

Работу выполнила:
студентка 6 курса, СД – 62
заочного отделения
Н.Д. Четкарева



Залог успешного лечения – взаимоотношения между врачом и пациентом, основанные на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении. Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание.

А. Экзюпери

В прошлых столетиях роль врача нередко сводилась к простому наблюдению за естественным течением болезни. Стиль взаимоотношений до недавних пор заключался в том, что пациент 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.



Согласно О. М. Лесняку (2003), существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента

Активно-пассивная

основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений.

Покровительственная

Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима.

Информативная.

Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает.

Интерпретивная

Предполагается, что больному нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам.

Совещательная (договорная)

Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение.

Активно-пассивная

покровительственная

информативная

интерпретивная

Совещательная
(договорная)

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безапелляционное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

Информативная модель никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. Врач является продавцом услуг, а пациент - покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

Интерпретивная модель мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным - это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель - **совещательная**, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение.



Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом – ощущение поддержки. Если больной осознает, что врач намерен помочь, а не заставлять, то он, вероятно, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда врач проявляет понимание, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: “Я Вас слышу и понимаю” – или выражает это взглядом или кивком головы. Уважение подразумевает признание ценности человека как личности. Особенно важно это на этапах сбора анамнеза, когда врач знакомится с обстоятельствами жизни пациента. Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества с пациентом.

Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах.



*Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии (от греческого *deon* – должное и *logos* – учение) – профессиональной этики медицинских работников.*

Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Клятва, которая лишь условно называется гиппократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое.

Позднее она была оформлена как документ и содержала несколько основных требований к врачу, в частности:

- ✓ сохранение врачебной тайны;*
- ✓ запрещение действий, способных причинить моральный или физический ущерб больному или его родственникам;*
- ✓ преданность профессии.*

*Одним из наиболее важных в деятельности врача является запрещение действий, способных нанести вред больному, или принцип “не навреди”. Старейшее и, вероятно, самое главное положение медицинской этики в латинской формулировке звучит так: *primum non nocere* (“прежде всего – не навреди”). Любому врачу, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что “есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить”.*

Ведь известно, что, порой, лечение может быть тяжелее болезни. Речь идет о побочных действиях лекарств, негативных эффектах при одновременном применении большого числа препаратов, о несоответствии между прогнозируемой пользой и возможным риском от медицинского вмешательства.



Как сделать общение с пациентом максимально эффективным? Можно ли научить общению?

- Попробуйте узнать причины подсознательной тревоги пациента. Помогите разобраться в них, переводя проблему на уровень сознания.*
- Попробуйте дать пациенту конкретные инструкции о том, что делать, к чему стремиться, как себя вести.*
- Беседуя с пожилыми людьми, не напоминайте им о возрасте. Разговор должен быть неспешным, вопросы следует задавать конкретные, требующие однозначного ответа.*
- Постарайтесь избегать одних лишь устных советов, запишите рекомендации по режиму, диете, медикаментозной терапии на листе бумаги.*
- Попробуйте разъяснить необходимость ограничения, по возможности, контакта с разрушающими психику факторами (избыточная информационная нагрузка, стрессы и так далее).*
- Постарайтесь убедить пациента, что для сохранения и улучшения здоровья необходим комплексный подход, в том числе немедикаментозные меры. Свежий воздух, лес, солнце – вот лишь некоторые из факторов, способных повлиять на самочувствие.*

Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду. Однако правду говорить необходимо: только взвесив все “за” и “против”, человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятностных и негарантированных результатах, могут обнадежить больного. Хочется процитировать Б. Сейгела: “Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство – быть рядом и помогать больному надеяться и молиться”.



ТАКТИЧНОСТЬ ВРАЧА

Внимание врача к больному, умение и готовность внимательно его слушать, врачебный такт, эффективность лечения, а также успешное лечение этим же врачом и других больных, о чем данный больной знает, достаточная уверенность и спокойствие врача при одновременной скромности, осторожная и правильная оценка состояния больного - все это имеет большое значение в обеспечении доверия больного врачу.

Чуткость, тактичность врача, особенно по отношению к тяжелобольным, должны найти выражение во всех его действиях и поступках. Но внимательность и теплота в обращении с больным не должны доводиться до фамильярности. Сочувствие врача больному не должно переходить в своеобразное подлаживание, как это иногда бывает, особенно в условиях частной практики за рубежом, оно должно сочетаться с принципиальной требовательностью.





- ***Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, 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.***

Одним из неизменных условий доверия больного к врачу является умение сохранять «врачебную тайну». Врач, без необходимости злоупотребивший доверием больного, поведавшего ему то, что он считает тайной, не только сам рискует потерять доверие больного, но и содействует подрыву авторитета других врачей.

Само собой разумеется, что существует огромная разница между смыслом и значением врачебной тайны в условиях социалистического общества и ее значением и смыслом в дореволюционной России и в капиталистических странах в настоящее время. Здесь достаточно вспомнить, насколько большое значение придавали хранению врачебной тайны передовые русские врачи до Великой Октябрьской социалистической революции.



Межличностные отношения врача и больного строятся по принципу практической взаимодоверия, ведь доверие как морально-психологическая категория определяет отношение как к действиям другого лица, так и к себе самой, основывается на убеждении, что это лицо, т.е. врач, действует правильно, что ей присущи совесть и честность. Доверие является обязательным компонентом в деятельности любой социальной группы, в которой люди общаются и имеют временные или постоянные цели. Такой целью во взаимоотношениях врача и больного является достижение успеха в лечебном процессе. Однако, чтобы завоевать доверие пациента, врачу недостаточно быть просто специалистом, он должен уметь понимать психологическое состояние больного и находить соответствующий подход к нему. Однако это удается не всегда: в одних случаях, и их подавляющее большинство, врач может завоевать доверие больного с первого знакомства, а в других - никогда.



В связи с этим при мотивации здорового образа жизни необходимо учитывать не только общественные, социологические и нравственно-психологические закономерности, но и специфику проявления их у индивидуумов в зависимости от возраста, пола, формы заболевания, психических и социальных свойств личности. На сегодняшний день мировое сообщество находится на сложной исторической стадии развития. Далеко шагнувший научно-технический прогресс наряду с созданием современных способов и методов диагностики, новых фармакологических препаратов и т. д. создал грозное оружие сильнейшей разрушительной силы, угрожающее жизни и здоровью людей. Право каждого человека на здоровье следует понимать так, что никто не может быть лишен своего здоровья каким-либо действием со стороны других людей, включая медицинских работников.

Право человека на здоровье в большинстве стран мира защищено соответствующими законами и документами. Несомненно, что по мере дальнейшего продвижения технического прогресса в медицине будут возникать новые этические и правовые проблемы, затрагивающие интересы больных, медицинских работников и общества. Однако следует помнить, что каждый раз врач, решая подобную проблему, независимо от того, какими этическими установками владеет общество, в котором он выполняет свою миссию, вне зависимости от общественно-экономической формации, должен руководствоваться принципом «не вреди».



Список литературы:

*1. Искусство общения с больными/
Магазаник Н.А. – М.: Медицина, 1991.*

*2. Врачебная деонтология /
Макшанов И.Я. – Минск, 1998.*

3. http://www.rlsnet.ru/books_book_id_2_page_69.htm

*Спасибо за
внимание*