

УДК17

## КОММУНИКАТИВНЫЙ ДИАЛОГ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Шакарашвили Марина Владимировна

Тбилисский Государственный Университет им. Иване Джавахишвили пр.Чавчавадзе 1

### **Аннотация**

*Взаимоотношения между врачом и пациентом - одна из основных проблем современной медицины. Искусство общения врача и пациента - это весьма сложный, многогранный и разносторонний процесс. Врач при общении с пациентом должен руководиться принципами автономии личности, информированного согласия, конфиденциальности, добровольности, предполагающими равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения, обследования и реабилитации. Важнейшим средством гармонизации общения врача с пациентом, помогающими врачу успешно осуществить свою основную профессиональную цель - вылечить пациента, является медицинский дискусс.*

**Ключевые слова:** врач, пациент, медицинский дискусс, биомедицинская этика

" лечить нужно не болезнь, а больного".

Многомерные требования практической медицины, социальные и гуманистические потребности общества привели к необходимости практического применения основных понятий биомедицинской этики - новой социально-этической идеологии в системе здравоохранения врач при общении с пациентом наиболее полно должен реализовать рациональную психотерапию - "исцеление через осознание" и в процессе общения изменить отношение больного не только к болезни и непосредственным психотравмирующим обстоятельствам, но и его жизненную позицию. При этом он должен руководиться принципами автономии личности, информированного согласия, конфиденциальности, добровольности, предполагающими равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения, обследования и реабилитации

Многомерные требования практической медицины, социальные и гуманистические потребности общества привели к необходимости практического применения основных понятий биомедицинской этики - новой социально-этической идеологии в системе здравоохранения

Искусство общения врача и пациента - это весьма сложный, многогранный и разносторонний процесс, где врач выступает не только как специалист, использующий свои знания и опыт для лечения, реабилитации и поддержания здоровья пациента, но и как человек, который анализирует процесс лечения пациента, в контексте морально-этических, культурных, религиозных ценностей. Искусство общения с больным, умение вести с пациентом диалог, требует не только желаний врача, но и соответствующих знаний. В то время как, навыками общения с пациентом, врачи в основном овладевают сами, во время практической деятельности. Подготовка медицинских работников в университетах, в основном, основана на изучении

фундаментальных медицинских дисциплин, в то время как изучению биоэтики, психологии личности и искусству общения уделяется недостаточное внимание.

Кроме этого мало внимания уделяется адекватному профессиональному отбору медицинских работников. Будущий врач должен отвечать определенным характерологическим и психологическим требованиям. Он должен обладать способностью принимать важные решения, касающиеся здоровья, а часто и жизни больного, и проводить их в жизнь. Врач должен быть собранным, ответственным, владеть тонким психологическим чутьем и способностью к состраданию. На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и пациентом было, и остается, доверие, чему, к сожалению, сегодня в медицинских вузах практически не обучают.

Имеет значение и традиционная недооценка психической стороны соматических заболеваний, как медиками, так и пациентами, и переоценка, особенно - в последнее время, технических возможностей медицины. Медицина из чисто гуманитарной дисциплины превратилась в технико-гуманитарную. Совершенная техника отделила врача от пациента. Врачи часто пренебрегают беседой с пациентом, фактически становясь заложниками современной лабораторно-инструментальных методов диагностики и лечения.

Важным, и, несомненно, негативным аспектом практической медицины является и её коммерциализация. Это обуславливает дисфункцию общения врача и пациента, и как следствие - рост жалоб на халатность и нечуткое обращение со стороны медицинского персонала. Только при сочетании доверительных человеческих отношений и применения научных достижений возможен позитивный исход лечения. Поэтому технически оснащенный врач должен не только профессионально лечить, но и уметь правильно общаться и разговаривать с пациентом. Внимание врача должно быть целиком сосредоточено на больном человеке, на его личности. Сложности в коммуникации между врачом и пациентом влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Анализ данных опросов пациентов показал, что главным критерием, которым они руководствовались при выборе себе лечащего врача, была коммуникабельность и умение разъяснить пациенту сущность и значение сложных диагностических и лечебных процедур, и необходимость их применения.

Исходя из вышесказанного становится понятным, почему в последние десятилетия диалог врач-пациент находится в центре внимания не только социологов, психологов, врачей, но и лингвистов и назрела необходимость более детального изучения коммуникативной стороны общения врача с пациентом и выявления наиболее эффективного способа построения коммуникации.

Медицинская диагностика включает личное знакомство врача с пациентом, внешний осмотр больного, ознакомление с жалобами пациента, сбор анамнеза, а также данных, касающихся состояния здоровья пациента. Строгих правил общения с пациентом нет, хотя без сомнений все врачи должны руководствоваться принципами профессиональной этики медицинских работников, главным критерием, которого, и тестом на ее эффективность является достижение состояния душевного комфорта пациента. Одним из наиболее важных аспектов деятельности врача является запрещение действий, которые могут нанести вред больному - принцип "не навреди".

Важнейшим средством гармонизации общения врача с пациентом, помогающими врачу успешно осуществить свою основную профессиональную цель - вылечить пациента, является

речевой этикет. В медицине слово является одним из мощнейших средств лечебного процесса. Неумелая речь, порой даже одно необдуманное, опрометчиво сказанное слово, может нанести пациенту тяжелейшую психическую травму и даже вызвать заболевание. Ошибки в речевом общении - самая частая причина конфликтных ситуаций, недовольства и жалоб больных и их близких. Опытные врачи, интуитивно, главное внимание уделяют общению с пациентом, детальному сбору анамнеза и обследованию, а данные, полученные на основании инструментальных и лабораторных исследований ставят рангом ниже.

Медицинский дискурс является одним из типов институционального дискурса. В нем четко определены статусно-ролевые характеристики участников общения: врач - пациент. Основным элементом медицинского дискурса является установление психологической атмосферы доверия и откровенности. Если имеются условия и позволяет состояние больного, то первую беседу целесообразнее проводить наедине, в непринужденной обстановке. Начинать диалог желательно с уточнения анкетных данных, в стиле взаимного знакомства. До встречи с пациентом знать его полное имя, что позволит с первых же минут задать оптимальный тон общения. Поскольку контакт с пациентом имеет две стороны — информационную и эмоциональную, то беседу следует начинать тоном, которым мы обычно говорим с хорошими знакомыми - это облегчает общение, создает ситуацию благожелательности и взаимопонимания. Во время разговора надо сосредоточиться на больном, не торопиться, дать больному высказаться. Надо помнить, что нет ничего важнее умения слушать своего собеседника. Слушать надо внимательно, не перебивая, не превращать разговор в допрос, так как излишняя активность и настойчивость врача вызывает сопротивление и замкнутость пациента.

Большое значение имеет внешний вид врача, поведение, поза, выражение лица — все должно демонстрировать уважительное отношение к больному, искреннюю заинтересованность и обеспокоенность его проблемами. То, что не он только слушает но и хорошо понимает проблемы пациента врач должен выражать взглядом, жестикуляцией, интонацией. Важно понять не только локальные ощущения пациента, но и его общее самочувствие, и представление причинах болезни.

Следует избегать и другой крайности — долго выслушивать бесцельные версии больного. Диалог с пациентом— не праздный разговор, а напряженная работа сторон, где главным действующим лицом попеременно становится то врач, то больной. Необходимо умело управлять ходом беседы, инициатива в общении все-таки должна принадлежать профессионалу-врачу. Определенная категория больных предпочитает информационный контакт. Лишь врач, сумевший показавший свои деловые качества, становится достойным их уважения.

Вторым, весьма значительным элементом является заключительная часть беседы - подведение итогов беседы и предоставление больному необходимой и понятной информации относительно болезни и лечения. Профессионализм врача определяется его умением учить, советовать, обсуждать с пациентом динамику проявлений болезни и процесса лечения. На этом этапе важным аспектом беседы является согласование и планирование диагностических и лечебных мероприятий и степень, и форму участия самого больного в этом процессе. Говорить необходимо доступным языком, ясно и лаконично, избегая двусмысленностей и не отклоняясь от темы. Давать надо только четкие инструкции, не злоупотребляя медицинскими терминами. Больной должен ощутить ответственность, добросовестность и компетентность врача. После беседы не должно остаться неразрешенных вопросов, принятые пациентом решения, должны стать осмысленными. И главное - после разговора больной обязательно должен почувствовать облегчение.

Надо знать, что больного могут оттолкнуть, испугать даже тембр, высота звука голоса, интонация. В речи врача не должны превалировать слова "нельзя" и "надо". Несмотря на то, что часто, при этом врач старается предостеречь больного от нежелательных результатов, он скорее порождает страх, чем надежду способностью контроля над своим здоровьем. Врачу всегда сложно говорить о неблагоприятном прогнозе заболевания или большом риске какой-либо манипуляции. Однако надо помнить, что правду говорить необходимо. И в данном случае врач должен внушать надежду, давать информацию положительную, настраивающую, на перспективу даже минимального улучшения состояния.

В каждой последующей беседе важно точно и доступно определить, оценить достигнутое и планируя дальнейшую тактику лечения, подчеркнуть необходимость участия самого больного в процессе лечения. Это делает больного активным, мотивированным и ответственным за свое выздоровление. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает только о вероятностных и негарантированных результатах, о своем постоянном участии и готовности быть рядом с ним, могут обнадежить больного. А уверенность врача передается пациенту.

Во время общения часто встает проблема ятрогений - психогенной, ятрогении общения, информационной и ятрогении действия. Причиной психогенной ятрогений являются непродуманная беседа медицинских работников, излишняя и сложная для восприятия информация или непонятная молчаливость. Следование врача принципу полной информированности больного, без учета его возможной реакции на полученную информацию, часто вызывает информационную ятрогению. Причинами ятрогения действия являются погрешности и травмы при диагностических процедурах, операциях, неправильное назначение лекарств и др. Поэтому врачи различных профилей и специализаций, особенно хирурги, должны учитывать своеобразие специальности, специфику своей деятельности, и помнить, что эффективность и исход лечения зависит от его способности наладить полноценную обратную связь с пациентом. В данном случае, лечащий врач должен занимать позицию незаметного руководителя и активного помощника.

На сегодняшний день в психологии выделяют несколько типов коммуникативных барьеров: фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений. Исходя из вышесказанного, врач всегда должен быть готов к возникновению барьеров и помнить, что снятие барьеров — актуальная проблема для всех представителей медицинской профессии, поскольку от их преодоления зависит успешность терапевтического контакта.

Фонетический барьер возникает в том случае, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно, имеют дефекты речи и дикции. Прикладное медицинское языкознание призвано нетерпимо относиться к проявлениям речевой небрежности. Семантический, смысловой барьер связан с проблемой специфического лексикона, свойственного людям определенных возрастных групп, профессий или социального статуса язык подростков, наркоманов, жителей различных местностей и пр. Врачи должны стараться усваивать чужие семантические системы. Иногда врачи сами провоцируют возникновение смыслового барьера у пациента. В век расцвета науки и техники и новых технологий, многие медики стали стыдиться говорить просто и стремятся выражаться внушительно и применять научную терминологию.

Стилистический барьер возникает при несоответствии речи врача ситуации общения, например при его фамильярном поведении по отношению к пациентам. Например, назидательный тон врача, обращение к пациенту на "ты" свидетельствуют о неуважительном отношении к личности больного человека. Слово "случай" также оскорбителен для человека, вместо слова "больной" предпочтительнее употреблять латинское слово "пациент".

Когда логика рассуждений врача недоступна адекватному восприятию пациента, либо кажется ему неверной или неубедительной, возникает логический барьер. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача.

Причиной возникновения социально-культурных барьеров может быть восприятие пациента как лица определенной профессии, национальности, пола, возраста, социального статуса.

Отношения между врачом и больным неравноправны, существует дисбаланс сил. Многие врачи стараются подчеркнуть преимущества своей позиции: врач сам выбирает тему, прерывает пациента, позволяет себе покровительственный тон в разговоре, не обосновывает свои действия, заканчивает разговор, когда сочтет нужным. При этом рассказ пациента, как правило, фрагментарен, личностный аспект, если и проявляется, то весьма слабо. Мнительные больные могут по-своему истолковывать недоговоренность врача, нежелание его подробно ответить на вопросы. Немаловажным препятствием для общения является отрицательный опыт обращения к врачам, а также неосведомленность больного. Значительную сложность представляет обсуждение неизлечимых болезней, психических заболеваний, возможности смертельного исхода, употребления алкоголя и наркотиков, сексуальной ориентации. Большое значение имеет личное отношение пациента к ситуации, в которой происходит общение. Отрицательное влияние оказывают больничные условия, своеобразная изоляция от привычной социальной среды, отрыв от трудовой деятельности, нарушение контактов с близкими, различные впечатления. Больной, со своей стороны, также должен пытаться найти общий язык с врачом и не скрывать даже неприятных для себя фактов.

При конфликтной ситуации, врач должен дать противнику полностью высказаться, узнать мотивы противника, попытаться благожелательно локализовать спор, не игнорировать и дать возможность сбросить агрессию, быть снисходительным, уметь прощать бестактность в словах и действиях больных. Часто причину отрицательных эмоций, которые возникают у пациента трудно осознать. Врач должен осознавать, что при формировании отрицательного отношения к врачу, это отношение распространяется и на передаваемую им информацию.

Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что врач при общении с пациентом наиболее полно должен реализовать рациональную психотерапию - "исцеление через осознание" и в процессе общения изменить отношение больного не только к болезни и непосредственным психотравмирующим обстоятельствам, но и его жизненную позицию. При этом он должен руководиться принципами автономии личности, информированного согласия, конфиденциальности, добровольности, предполагающими равенство и независимость партнеров, активную роль пациента и его право на самоопределение в процессе лечения, обследования и реабилитации.

## Литература

1. Алексеева, Л. М., Мышланова С.Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / ЛМ. Пермь.: Изд-во Перм. ун-та, 2002.
2. Дуброва В. П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача \ В. П. Дуброва\\ Медицина - 1999 -№ 3
3. Ефименко С. А. Социология пациента автореф. дис. д-ра социологич. наук. - М, 2007-с.46
4. Мишаткина, Т.В. Биомедицинская этика. Учебно-методическое пособие. - Минск: МГЭУ им. А.Д. Сахарова, 2007
5. Buller M., Buller D. Physician's communication style and patient satisfaction. // Journal of Health and Social Behavior. 1987, Vol. 28. No.4.
6. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago and London. The University of Chicago Press.1988.
7. Maguire P. Doctor-patient skills. / Social skills and Health/ Ed.by M. Argyle. London and New York: Methuen &Co.ltd, 1981
8. Morgan M. The doctor-patient relationship. / Sociology as applied to medicine ed. by Graham Scambler. - London, Bailliere Tindall.1991. P. 52.
9. Staudenmayer H., Lefkowitz M. Physician –patient psychosocial characteristics influencing medical decision –making. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15E. P. 81.
10. P. Rhee Sang-O. Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patientcare. // Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol.18. No.1. P. 15.57.
11. Ross C., Mirowsky J. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. // Journal of Health and Social Behavior. 1982, Vol.23.No. 4. P.319.