Коммуникативная деятельность

лекция на тему

Конфликт в системе «врач - пациент»

Профессор Амиров А.Ф.

Рассмотрим две стороны конфликта в медицинской практике

Сторона первая: пациент как участник конфликта

Сторона первая: пациент как участник конфликта

боится

-страх тяжелой болезни или смерти

-страх потерять работу

-страх инвалидизации или физической ущербности

-боязнь ограничений лечебным режимом или диетой

-страх перед вероятными болезненными или эмоционально некомфортными лечебными или диагностическими манипуляциями

-опасения по поводу непредвиденных и возможно немалых расходов, связанных с лечением

Сторона первая: пациент как участник конфликта

не доверяет врачу

-общественное мнение (стереотипы)

-недостаток знаний о болезни (о своем здоровье)

-неудовлетворенность действиями, манерами, поведением врача

-опасается зависимости (в силу складывающихся обстоятельств).

Сторона первая: пациент как участник конфликта

испытывает физический дискомфорт

(болевые ощущения, одышка, длительное ожидание приема в некомфортных условиях, например, стоя в душном коридоре)

испытывает душевный дискомфорт

(тревога, страх, фрустрация)

Всё это, так или иначе, искажает восприятие ситуации, ухудшает процессы торможения, повышает беспокойство и агрессивность.

Сторона первая: пациент как участник конфликта

находится под влиянием эндогенных факторов

-пациенты с заболеваниями дыхательной системы, хроническими анемиями, сосудистыми патологиями испытывают хроническую гипоксию головного мозга. Это ведет к ухудшению **интеллектуальных фунций** и не исключает **неадекватность реакций** на происходящее, особенно во время обострений. Также причиной повышенной раздражительности может являться обычная гипогликемия, нередкая в случаях, когда пациент пришел натощак сдавать анализы или обследоваться. Эндокринный статус также влияет на настроение и самочувствие.

Сторона первая: пациент как участник конфликта

проявляет свои личностные особенности

-есть люди, которые целенаправленно приходят в поликлинику или больницу, чтобы устроить скандал

-есть больные, находящие удовольствие в написании различного рода жалоб

-есть пожилые или одинокие люди, испытывающие дефицит общения

-есть желающие «разбогатеть» путем получения компенсаций через суд

Сторона вторая: врач как участник конфликта

Сторона вторая: врач как участник конфликта

провоцирует пациента мелочами

опоздание на работу, расстегнутый или несвежий халат, приглашение в кабинет в грубой форме, разговор по телефону во время приема — каждая, казалось бы, мелочь может послужить если не причиной, то поводом излить весь накопившийся негатив

Сторона вторая: врач как участник конфликта

недостаточно общается с пациентом

-недостаточность информирования пациентов — это серьезная проблема, особенно если вспомнить, что получение в доступной форме полной объективной информации о состоянии своего здоровья и информированное согласие на лечение — законодательно установленное право пациента

Сторона вторая: врач как участник конфликта

затягивает очередь или уделяет мало времени

-из-за нехватки времени врач порой вынужден либо затягивать прием, уменьшая количество принимаемых пациентов и заставляя их ждать, либо подходить к осмотру упрощенно и формально, создавая у пациентов совершенно справедливое ощущение, что к ним «плохое отношение», их «плохо лечат»

Сторона вторая: врач как участник конфликта

назначает неудобные обследования и непростое лечение

-какой врач не хотел бы спокойно принять пациента в хорошо оборудованном кабинете, быстро назначить и получить результаты современных анализов и дополнительных исследований, избавить пациента от необходимости проходить болезненные и неприятные процедуры, назначить оптимальное лечение без всяких ограничений и увидеть выздоровление как результат своей работы? Но не всегда это возможно!

Сторона вторая: врач как участник конфликта

проявляет свои личностные особенности

-затруднения в процессе лечения совершенно естественно включают у врача механизмы психологической защиты, вплоть до ответной агрессии, направленной на пациента. Редкий доктор не находится под влиянием длительных переработок, ночных дежурств и прочих эмоциональных перегрузок. Всё это также истощает психику и постепенно формирует **синдром профессионального выгорания**

столкновение сторон ведет к инциденту

Инцидент – присутствие столкновения.

- Недовольство
- Разногласие
- Противодействие

и конфликту

то есть резкому обострению противоречий (конфликтная ситуация) и противодействию двух или более участников (субъектов) в процессе решения проблемы, имеющей деловую или личную значимость для каждой из сторон

Модели поведения врача в конфликте

.

Конструктивная (контролировать эмоции, уважать личность больного, соблюдать этику общения).

Деструктивная (эмоциональность, негативная оценка больного, нарушение этики общения).

Конформистская (пассивность, непоследовательность).

КАК ВЕСТИ СЕБЯ С КОНФЛИКТНЫМ ПАЦИЕНТОМ?

- необходимо помнить, что у больного имеются скрытые нужды и проблемы, которые его беспокоят
- следует взять под контроль ситуацию: дать выход эмоциям этого человека чтобы вывести его из аффективного состояния
- не принимать на свой счет слова и поведение больного

КАК ДОЛЖЕН ВЕСТИ СЕБЯ ВРАЧ С КОНФЛИКТНЫМ ПАЦИЕНТОМ?

- **Контролировать свои эмоции.**
- **Осознавать значимость разрешения конфликта не только для себя.**
- **Придерживаться многоальтернативного подхода (учитывать ситуацию).**
- **Ориентироваться на положительное, лучшее в человеке.**
- **Попробовать поставить себя на место больного (индентификация).**

  Не обвинять и не приписывать только больному ответственность за возникшую ситуацию
- **Стараться сохранять контакт.**

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ во врачебной деятельности

- Отношения между врачом и пациентом являются *основной любого вида врачебной деятельности.*
- Целью контактов между пациентом и медицинским работником является *оказываемая последним медицинская помощь.*
- Интерес в таком взаимодействии существует не только со стороны пациента. *Медицинский работник в не меньшей степени должен быть заинтересован в оказании помощи больному,* так как эта деятельность является его профессией, выбор которой обусловлен его собственными мотивами и интересами. **За ее результаты врач несет ответственность.**

ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ

- Для результативного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинским работником необходима ***коммуникативная компетентность*** - способность устанавливать и поддерживать необходимые контакты с людьми, которая может рассматриваться как система внутренних ресурсов (мотивов и знаний), необходимых для построения эффективного общения в определенном разрезе ситуаций межличностного взаимодействия.
- Главная проблема в том, что *некомпетентность в общении хотя бы одной стороны способна сорвать диагностический и лечебный процесс*.

ВИДЫ ОБЩЕНИЯ в КД:

- ***«КОНТАКТ МАСОК»*** - формальное общение. Используются привычные маски вежливости, учтивости, скромности, участливости и др. В рамках диагностического и лечебного взаимодействия он проявляется в случаях незначительной заинтересованности врача или пациента в результатах взаимодействия (например, при проведении обязательного профилактического осмотра, где пациент чувствует себя не самостоятельным, а врач - не имеющим необходимых данных для проведения объективного всестороннего обследования и вынесения обоснованного заключения).
- ***ПРИМИТИВНОЕ*** - оценивание другого по степени «нужности». Если нужен, то активно вступает в контакт, если мешает - отталкивают. Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения врача и пациента в случаях когда при обращении к врачу ставится цель получить какие-либо привилегии - например, больничный лист, справка формальное экспертивное заключение и др.. Интерес к участнику контакта пропадает сразу вслед за получением желаемого результата.

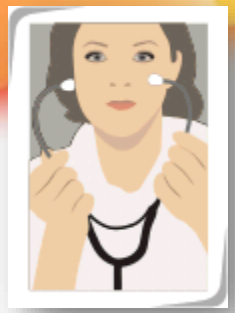
ВИДЫ ОБЩЕНИЯ:

- ***ФОРМАЛЬНО - РОЛЕВОЕ*** - регламентирует содержание и средства общения, и вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли. Подобный выбор вида общения со стороны врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой.
- ***ДЕЛОВОЕ*** - предполагает *нацеленность на интересы дела*, а не на возможные личностные разногласия. При общении врача с пациентом такой вид взаимодействия становится неравным. Врач, рассматривая проблемы больного с точки зрения собственных знаний, автономно принимает решения без согласования с заинтересованным лицом.
- ***ДУХОВНОЕ*** - подразумевает возможность затронуть в беседе любую проблему, поделиться интимным вопросом.

ВИДЫ ОБЩЕНИЯ:

- ***МАНИПУЛЯТИВНОЕ*** **- обращено на извлечение выгоды с использованием специальных приемов. Существует манипулятивный прием называемый «ипохондризацией пациента», суть которого заключается в представлении заключения врача о состоянии здоровья пациента в свете явного *преувеличения тяжести* обнаруженных нарушений. Целью такой манипуляции могут быть желание медицинского работника избежать ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья больного, а также намек на необходимость проведения дополнительных и действий медицинского работником для получения вознаграждения. более квалифицированных**

✓ ***В настоящее время многие специалисты настаивают на необходимости исключить из лексикона и, соответственно, процесса общения такое понятие, как «больной», заменив понятием «пациент», в виду того, что термин «больной» имеет определенную психологическую нагрузку. Обращаться к заболевшим людям: «Как ваши дела, больной?» недопустимо. Обращение к пациенту по имени является для него психологически комфортным.***



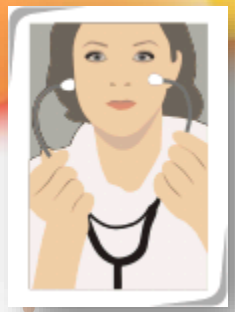
Тактические действия врача

ОБЩЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ - важнейший элемент процесса лечения - является составной частью профессионализма врача

При попадании в больничную среду изменяется жизненный стереотип человека:

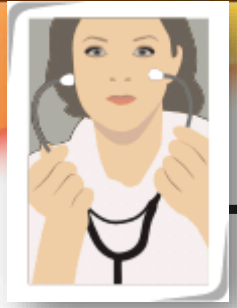
Пациента часто охватывают чувства тоски, одиночества, страха, обусловленные не только самой болезнью, но и оторванностью от дома, семьи, коллег, от всего того, что до сих пор было привычным.

Если в стационаре (поликлинике) чисто, уютно и аккуратно, опрятно выглядит медработник, то это уже располагает пациента, настраивая на позитивный лад и оказывая тем самым благоприятное терапевтическое воздействие.



Тактические действия врача

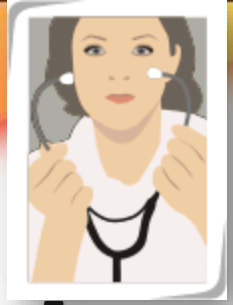
- **Коммуникативная компетентность помогает также диагностировать заболевание и оказывает благоприятное действие на установление психологического контакта между медработником и пациентом.**
- **Важно знать! В терапевтических отделениях находятся пациенты с заболеваниями различных органов и систем: с заболеваниями сердечнососудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, почек и др. Часто их заболевания имеют характер хронических и требуют длительного лечения, соответственно, они продолжительное время находится в стационаре, что влияет и на процесс взаимоотношений медицинского работника и больного.**
- ***Изоляция от семьи и привычной жизнедеятельности, беспокойство за состояние своего здоровья вызывают у пациента различные психогенные реакции.***



Тактические действия врача

Вследствие психогений может ухудшаться течение основного соматического заболевания, что в свою очередь усложняет психическое состояние больных. Следует отметить, что в терапевтических отделениях находятся больные с жалобами на расстройства внутренних органов, часто даже не подозревая, что это соматические нарушения психогенного характера.

Жалобы различного рода, возникающие этические проблемы указывают на отсутствие необходимых психологических знаний и практически соответствующего общения медицинских работников с пациентами.

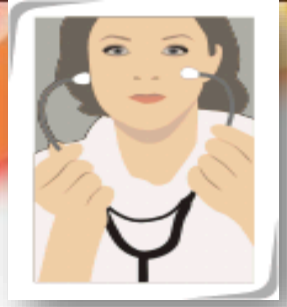


Тактические действия врача

Для возникновения доверия к медицинскому работнику важно первое впечатление пациента от встречи с ним. Мимика врача, его жестикуляция, тон голоса, выражение лица, манера разговора, а также его внешний вид: одежда, выражение лица, манера держать себя - отражают важные стороны профессионального имиджа врача.

Важно поддерживать стремление больного рассказать о себе.

Врач может заслуживать доверие больного в том случае, если он гармоничен, спокоен, уверен, но не надменен, его манера поведения настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью. Только после установления контакта с больным можно переходить к оценке результатов анализов и других вспомогательных методов обследования. Необходимо дать понять пациенту, что медицинских работников, к которым он обратился за помощью, интересует не только вопросы диагностики, но и обратившийся к ним человек



Тактические действия врача

Объектом врачебной деятельности, независимо от медицинской специальности - является субъект, личность. Отсюда вытекает требование: в деятельности врача при любых условиях должен учитываться человеческий фактор.

Необходимо дать понять пациенту, что врача интересует не только вопросы диагностики и лечения, но и обратившийся к ним человек

Это предполагает необходимость учета врачом психологических особенностей больного и собственных личностных качеств.

К основным чертам личности врача, важным для КД относят:

- ***МОРАЛЬНЫЕ*** – (доброжелательность, оптимизм, решительность, скромность, принципиальность, ответственность, чувство собственного достоинства, сострадательность, забота, нежность, честность);
- ***ЭСТЕТИЧЕСКИЕ*** (аккуратность, опрятность);
- ***ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ*** – (логичность, наблюдательность, стремление понять партнера по общению).

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Не всё зависит от лекарств, которые нам назначает врач и выдаёт медсестра, от лечебных процедур также назначаются врачом. Это ещё не всё, что необходимо для полного выздоровления. Самое главное это правильный настрой, который зависит от психического и от эмоционального состояния пациента. На состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. И если пациент доволен, например, беседой с врачом, который его внимательно выслушал, в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже первый шаг к выздоровлению.

Важно отметить, что различного рода жалобы, возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимых психологических знаний, а также практики соответствующего общения с пациентами со стороны медработников.

Различия точек зрения врача и больного

Несовпадение точек зрения медработника и пациента могут быть обусловлены их различными социальными ролями, а также и другими факторами:

-Врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез для дальнейшего определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования и т.д.

-Для пациента в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни.

В связи с этим, врач должен рассматривать эти субъективные ощущения как реальные факторы. Он должен даже постараться прочувствовать или уловить переживания больного, понять и оценить их, отыскать причины тревог и переживаний, поддерживать их положительные стороны, также использовать их для более эффективного содействия больному при его обследовании и лечении.

КОММУНИКАТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ - ВАЖНЕЙШИЙ ЭЛЕМЕНТ ПРОЦЕССА ЛЕЧЕНИЯ

Предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медработниками и больными является квалификация, опыт и искусство врача.

Уравновешенная личность врача является для пациента комплексом гармонических внешних стимулов, влияние которых повышает эффективность процесса лечения выздоровления и реабилитации.

Личностные недостатки и привычки врача могут привести пациента к мысли, что врач с такими качествами не будет добросовестным и надежным при исполнении своих непосредственных служебных обязанностей

Общение с пациентом при сборе анамнеза

Сбор анамнеза -искусство. Это управляемый разговор, предназначенный для сбора анамнестических данных, причем управлять разговором следует незаметно.

Больной, с которым проводится беседа, не должен этого чувствовать. В процессе сбора анамнеза у него должно создаваться впечатление непринуждённой беседы. При этом врачу необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, убедиться в достоверности показаний, не обижая больного недоверием, помочь вспомнить, не внушая. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни.

Во время расспроса больного нужно всегда учитывать его возраст, культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА С СЕСТРИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ

ТИПЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА:

И. Харди описывает 6 типов сестер по характеристике их деятельности.

- ***Сестра-рутинер.*** Наиболее характерной чертой ее является ***механическое выполнение своих обязанностей***. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого - то ухода и нет, ибо работает автоматически, безразлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Такая сестра способна разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.
- ***Сестра, играющая заученную роль.*** Такие сёстры в процессе работы стремятся разыгрывать какую-нибудь роль, стремясь к осуществлению определённого идеала. Они могут играть роль альтруиста, благодетеля т.д. проявляя «артистические» способности. Поведение их искусственное.

ТИПЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА:

- ***Тип «нервной» сестры.*** Это эмоционально лабильные личности, склонные к невротическим реакциям. Они часто бывают раздражительными, вспыльчивыми, грубыми. Такую сестру часто можно видеть хмурую, с обидой на лице. Они нередко отказываются выполнять различные задания якобы потому, что не могут поднимать тяжести, у них болят ноги и т. д. Таким сёстрам сложно взаимодействовать с врачом.
- ***Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью.*** Таких людей издали можно узнать по походке. Они отличаются настойчивостью, решительностью нетерпимостью к малейшим беспорядкам, всегда знают, что надо делать. Нередко они недостаточно гибки, грубы и даже агрессивны с больными. С врачами взаимодействие успешное. В благоприятных случаях такие сёстры становятся хорошими организаторами.

ТИПЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЁР И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА:

- ***Сестра материнского типа.*** Такие сёстры выполняют свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Работа у них неотъемлемое условие жизни. Они всё могут и успевают повсюду. Забота для больных - жизненное призвание. Часто заботой о других, любовью к людям проникнута и их личная жизнь.
- ***Сестра-специалист.*** Это сёстры, которые благодаря какому-то особому свойству личности или интересу получают специальную подготовку. Они посвящают свою жизнь выполнению сложных задач, например, в различных лабораториях. Они фанатично преданы своей узкой деятельности.

Выводы

Как обычная жизнь, так профессиональная (лечебная) деятельность врача осуществляются через общение.

В лечебной деятельности, как мы отметили, различают несколько видов общения между врачом и больным.

Но, какой бы стратегию общения не выбрал врач – он должен обладать коммуникативной компетентностью, чтобы заслужить *доверие* пациента к себе и обеспечить психологический контакт.

Без доверия невозможны нормальные взаимоотношения между врачом и больным.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

профессор Амиров Артур Фердсович