

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА ИЛИ НЕУМЫШЛЕННОЕ ЗАБЛУЖДЕНИЕ ВРАЧА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ФОНЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

А.А. Зайцева, Н.Г. Гавриленко

*ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России*

Актуальность. Вопросы коммуникации в системе «врач – пациент» привлекают с каждым годом все большее внимание как исследователей-теоретиков, так и практикующих медицинских работников. Это отчасти объясняется ростом уровня коммерциализации медицины, а также повышением медицинской грамотности пациентов, получивших широкий доступ к медицинской информации. Одним из важнейших инструментов современного врача (наряду с многочисленными технологическими новшествами) по-прежнему является общение с пациентом. Согласно данным статистики, около половины диагнозов, которые впоследствии были подтверждены инструментальными и лабораторными методами, могли бы быть поставлены врачом лишь на основании тщательно собранного анамнеза[1, 29].

При любых заболеваниях, как правило, наблюдается ряд субъективных признаков, о которых пациент не упоминает в своих жалобах, не считая их существенными в конкретной ситуации. В связи с этим перед врачом стоит непростая задача путём детального и грамотно выстроенного расспроса дополнительно выявить те ощущения пациента, которые указывают на отклонения функций всего организма и отдельных его систем.

Целью исследования является изучение арсенала средств расспроса пациента, которыми располагает врач, и их анализ для построения классификации и выявления наиболее эффективных (и, наоборот, снижающих результативность коммуникации) при сборе анамнеза.

Материалом для исследования послужили англоязычные диалоги в аудио- и видеоформате, которые были подвергнуты контекстуальному анализу. Рассматривались вербальные методы взаимодействия врача и пациента, хотя не ставится под сомнение и важность невербальных средств общения (выражения лица, выбранной позы, жестов, движения руками, тембра голоса, заинтересованности во взгляде, пауз и т.д.).

Теоретическую базу составили оригинальные статьи из медицинских журналов, а также видеолекция на английском языке.

Результаты. Сбор анамнеза – сложный, многоступенчатый процесс, для которого характерен логически выстроенный и системный подход. Согласно сложившейся международной традиции,

основными компонентами сбора анамнеза являются следующие: 1) the presenting complaint; 2) past medical (surgical) history; 3) mental health; 4) medication history; 5) family history; 6) social history; 7) sexual history; 8) occupational history; 9) systemic inquiry; 10) further information from a third party; 11) summary.

Первым важным компонентом является предъявление жалоб пациента и его логично начинать с открытых вопросов (openquestions), которые предоставят пациенту возможность не отвечать кратко «да/нет», а рассказать подробно, своими словами о причине его визита к врачу. Например:

- “Tell me about your health problems?” or
- “What’s brought you along today?”

Когда пациент расскажет о том, что его беспокоит, врач должен выяснить все детали, чтобы поставить верный диагноз (clarification) [2]. Безусловно, для врача важны многие детали – характер боли, её локализация, иррадиация, длительность. Уточнить жалобы пациента можно несколькими способами, один из которых задавать вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет».

Например:

- “Can you remember when this symptom came first?”
- “Yes, well I remember, I got a bad pain in my chest when I was shopping.” or
- “Do you get these bouts of wheezing and shortness of breath every day?”
- “No, they come and go.”

Также врачу следует задавать «альтернативные вопросы», предлагая пациенту выбрать один из вариантов ответа. Как правило, в этих вопросах присутствует “or” или “suchas”.

Например:

- “Onset – was it sudden, or did it develop gradually?” or
- “Duration – how long does it last, such as minutes, days or weeks?”

Время от времени следует задавать пациенту вопрос: “Anythingelse?”, потому что пациент мог что-то пропустить в своём рассказе, а вспомнить потом, но в итоге не найти подходящего момента, чтобы вставить это в разговор.

И, наконец, врач может задать пациенту конкретный вопрос, ответ на который снова подразумевает подробный рассказ, но уже о чём-то конкретном.

Например:

- “Can you describe the pain?” or
- “Was there anything that started it off?”

После сбора анамнеза врач должен обязательно убедиться, что он правильно понял пациента. Чтобы подвести итоги беседы, врач перечисляет все симптомы, которые назвал пациент, и переспрашивает: «Всё верно?»

- Therefore, from what I understand you have been losing weight, feeling sick, had trouble swallowing – particularly meat – and the whole thing’s been getting you down. Is that right?

Также следует упомянуть о тех вопросах, которые не стоит задавать во время беседы с пациентом.

1. Наводящие вопросы (leadingquestions), которые могут звучать, подсказывая пациенту «правильный» ответ. В особенности это происходит тогда, когда вопрос задается с нисходящим, а не восходящим тоном [3]. Поэтому вопрос должен задаваться таким образом, чтобы исключить всякую видимость предубеждений врача.

2. Вопросы осуждающего характера (judgmental questions), которые могут быть связаны с образом жизни и поведением пациента и часто основываются на стереотипах.
3. Вопросы, требующие выбора ответа «да» или «нет» (questions with options), если врач задает их в начале беседы. Несомненно, более продуктивно начать с общих вопросов, тем самым позволив пациенту высказаться.
4. Двойные вопросы (double questions), которые могут ввести пациента в заблуждение.
5. Искривленные и/или нечетко сформулированные вопросы, которые могут привести к недопониманию.
6. Вопросы типа «Почему..?» (“Why..?” questions).
7. Настойчивые вопросы личного характера, которые могут прозвучать некорректно.

Выводы. Вопросы, которые врач задает в процессе сбора анамнеза, должны формулироваться таким образом, чтобы врач мог получить объективную информацию, а пациент чувствовал заинтересованность врача и, таким образом, получал эмоционально-психологическую поддержку.

Литература

1. Виноградова Е.В. К вопросу выбора коммуникативной тактики в диаде «врач – пациент» // Сборник статей 1-й межрегиональной с международным участием научно-практической конференции «Проблемы коммуникации врач – пациент: деонтологические, психологические, лингвистические аспекты медицинского дискурса». -- Тверь, 2012. – С. 28-35.
2. Macleod's Clinical Examination. 11th Edition. – Elsevier, 2006. – Режим доступа: <http://studentconsul.com/content/>. Дата обращения – 12.01.2017.
3. McCarter S. Oxford English for Careers Medicine 1. – Oxford: Oxford University Press, 2009. — 144 p.