

Некоторые аспекты принятия диагностического решения врачами.

Сахарова Анна Евгеньевна

Аспирант

*Казанский государственный медицинский университет, социальной работы, Казань,
Россия*

E-mail: sakharova_anna@mail.ru

Вопросы компетентности принятия медицинских решений остается актуальным до сих пор. На сегодняшний день продолжает существовать проблема медицинских ошибок. Врачи, работающие в условиях повышенной ответственности, постоянно находятся в «неравновесных психических состояниях» (Прохоров А.О. и Габдреева Г.Ш., 2004), что приводит к снижению эффективности трудового процесса, к ошибочным действиям, принятие решения сводится к применению стереотипов мышления [1]. Многие авторы подчеркивают значимость участия прогнозирования в принятии решения врачом [1,2]. Прогнозирование входит в состав профессионального мышления врача (клинического мышления) и способствуют успешному разрешению ситуации болезни пациента [2].

Но что происходит с личностью врача, на какие жизненные позиции чаще опирается специалист при постановке диагноза, на данный вопрос однозначного ответа на настоящее время не существует. Для того чтобы осветить некоторые аспекты принятия диагностических решений нами был создан опросник, включающий 25 утверждений характеризующих принятия диагностических решений врача. Внутри опросника можно условно выделить блоки показателей, так или иначе характеризующих процесс постановки диагноза. К ним относятся коммуникативный блок (сотрудничество с пациентом и коллегами), когнитивный и информационный блоки (предвосхищение, прогнозирование, рациональность, временной показатель принятия решения), эмоционально-оценочный блок (учет модальности прошлого опыта, эмоции). Выборку составили 145 врачей различных специальностей разных медицинских учреждений города Казани. Средний возраст выборки составлял 33 года. Средний стаж профессиональной деятельности исследуемых врачей составил 12 лет. Выборку составили 44 мужчины и 101 женщин. Для объективности результатов психологического исследования из выборки были исключены молодые врачи со стажем менее 3х лет в количестве 21 человека.

Для 21% опрошенных «верные диагностические решения лучше принимать в обстановке дефицита времени, экстремальных условиях», в то время как 74% необходимо «долго и основательно обдумывать свои решения, рассматривая все варианты и альтернативы даже если они маловероятны», так же 70% положительно ответили на утверждение: «обычно я не рискую при принятии диагностических решений».

Важное значение для врачей имеет коммуникативный аспект, сотрудничество с коллегами и пациентом, т.е. ориентация на субъект-субъектные отношения. 90% врачей отвечают утвердительно на положение, что «мне легче принимать диагностические решения, если я и пациент общаемся и сотрудничаем честно «на равных»». Аналогично 81% считает более легким «принимать диагностические решения, если пациент при этом активно сотрудничает со мной, задает уместные и точно направленные вопросы», тем не менее, 19% врачей отрицательно ответили на данный вопрос. Советоваться с

коллегами по поводу принятия диагностических решений предпочитает только половина опрошенных (54%). 39% склонны «размышлять самостоятельно, а не следовать мнению опытных наставников, «медицинских светил», авторитетов в данной области, принятым подходам и догмам».

Достаточным образом представлен процесс прогнозирования и предвосхищения ситуации при постановке диагноза. 66% могут «предположить исход лечения, конечную ситуацию в самом начале лечения, после первой встречи с пациентом». 87% согласны с утверждением, что «физический осмотр пациента начинается уже с первого визуального впечатления и с первого тактильного контакта. Гипотезы по поводу диагноза приходят на ум еще до того, как открыта история болезни». И так же для 86% врачей «легко включить свое воображение, представить наглядный образ сложившейся ситуации при принятии диагностических решений». При первой встрече с пациентом 85% опрошенных формируют 2-3 возможных диагноза, а 63% быстро формируют 4-5 возможных диагнозов.

Интересными результатами является собой блок самооценки врача. 94% врачей учитывают свой «прошлый положительный опыт и свои успехи» и 97% учитывают так же свой «негативный опыт, прошлые ошибки».

Итак, из полученных данных можно сделать некоторые выводы. Врачи представленной выборки склонны более детально анализировать ситуацию и не склонны принимать диагностические решения в ситуации риска с дефицитом времени и информации об объекте.

Достаточное количество врачей ориентировано на отношения взаимодействия и взаимопомощи себя и пациента. Половина положительно характеризует процесс диагностического принятия решения в рамках консилиума или коллегиального совета.

Тем не менее, сохраняется большая ориентация на свой собственный прошлый опыт врачебной деятельности, учитывая положительные и отрицательные его стороны.

Большое значение играет прогнозирование в процессе постановки диагноза, исходя из большинства ответов опрошенных по поводу вынесения гипотез о наличной ситуации и последующем течении и исходе заболевания.

Литература

1. Группэн Дж. Как думают доктора? Почему врачи ошибаются, и как пациент может спасти себя, задавая им правильные вопросы. М. 2008.
2. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций / Б.А. Ясько. Ростов н/Д. 2005.