

3. Руженкова В.В. Учебный стресс и соматоформная вегетативная дисфункция у студентов медиков первого курса/ Руженкова В.В., Руженков В.А., Гомеляк Ю.Н., Боева А.В // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. – 2017. – №26(275), вып.40. – С. 75-86.

4. Самедов С.В. Депрессия у студентов медицинского ВУЗа: миф или реальность?/ Самедов С.В., Беляева Ю.Н. // [Электронный ресурс] Сборник 78-ой студенческой межрегиональной научно-практической конференции «Молодые ученые - здравоохранение» URL: <https://medconfer.com/node/14404> (Дата обращения: 6.02.2019).

5. Moutinho IL. Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters/ Moutinho IL, Maddalena NC, Roland RK, Lucchetti AL, Tibiriçá SH, Ezequiel OD, Lucchetti G. // Rev Assoc Med Bras. – 2017. – №63. – С.21-28

6. Mousa O.Y. The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees / Mousa O.Y., Dhamoon M.S., Lander S., Dhamoon A.S. // PLoS One. – 2016. – С.23-26

УДК 159.99

**Гайнуллина А.Т., Андреева Д.С.**  
**ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ИНТЕРВЬЮ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ**

Кафедра клинической психологии и педагогики  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Gainullina A.T., Andreeva D.S.**  
**FEATURES OF A MEDICAL INTERVIEW: THE PROBLEM**

Department of clinical psychology and pedagogy  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [kosova\\_1971@mail.ru](mailto:kosova_1971@mail.ru)

**Аннотация.** В статье представлены предпосылки проблем обучения студентов – будущих врачей реагированию на эмоции и психо-социальные факторы пациентов в рамках формирования коммуникативной компетентности врача.

**Annotation.** In this article set forth such tasks of educating student - future doctors - as responding to emotions and psycho-social themes of patients within the broader goal of shaping the communicative competence of a doctor.

**Ключевые слова:** медицинское интервью, медицинское интервью.

**Key words:** medical education, medical interview.

## **Введение**

Проблема здравоохранения в последнее столетие интенсивно привлекает внимание исследователей. Как отмечают социологи, бесплатная медицинская помощь и медицинское законодательство, рост сторонних плательщиков и прибыль некоммерческих медицинских корпораций, возрастающие затраты на здравоохранение и рост потребления медицинских услуг создали разрушающие условия, в следствии чего утрачены политическое, экономическое влияния профессии, культурный авторитет и техническая автономия медицины. Поттер и МакКинли [1], предлагают корпоративистскую метафору, в которой пациенты становятся клиентами, а врачи становятся провайдерами, переходя к врач - пациент отношениям XXI века.

**Цель исследования** – проанализировать предпосылки необходимости переосмысления концепции медицинского интервью; сделать обзор на представленность и степень изученности данной проблемы в западной научной литературе.

## **Результаты исследования и их обсуждение**

В настоящее время признаётся, что здравоохранение претерпело большие изменения в последние десятилетия, но меньше всего известно о фактическом влиянии на особенности коммуникации между врачом и пациентом.

Напротив, складывается впечатление, что изменение системы здравоохранения с растущим бременем издержек, возрастающими экономическими расходами на лечение и вместе с тем связанная с ними нехватка времени противоречат улучшению врач-пациент коммуникации.

Так, пациенты могут быть недовольны отсутствием выбора плана лечения. Часто они чувствуют себя вправе на большее, чем им предоставляют. Существующий законодательно регламент времени визита пациента не учитывает индивидуального стиля врача или сложность клинического случая пациента. Более того, изменения системы здравоохранения создают двусмысленность в социальных отношениях: для кого врач работает, и в таком случае государство или врач несет ответственность за качество, внимательность и принятие решений.

Пациенты становятся участниками, обезличивающей системы, порождающей беспокойство по поводу конфиденциальности их клинического случая. Врачу предписывается сообщать плохие новости в обстоятельствах запрещающих или ограничивающих доступ к информации на запросы пациента, тем самым оставляя пациента наедине с собственными страхами раскрытия личной информации перед третьим лицом - государством.

Тяжесть заболевания и неопределенность провоцируют эмоциональный стресс у пациентов и их врачей [2]. Быстрый рост медицинских знаний представляет огромную сложность в медицинской работе и требования по поддержанию данных стандартов являются серьезными. Среди проблем, с которыми врачи сталкиваются в установленных пределах, предоставление сложных объяснений, работа с негативными эмоциональными состояниями, управление разногласиями, обнаружение и коррекция психических

заболеваний, обсуждение вопросов окончания жизни, решение культурных и расовых вопросов, и общение с родственниками больного [3]. К сожалению, врачи редко приближаются к этим и другим проблемам в интервью целенаправленным или систематическим образом. В организации условий медицинской помощи зачастую не хватает экспертов по навыкам общения, будь-то универсальных или узкоспециализированных [4].

В этом плане значительным событием в отношении медицинской коммуникации в Великобритании стала публикация Хартии пациентов (Министерство здравоохранения, 1992 (Department of Health, 1992), которая сообщила пациентам, что они имеют право получить четкое разъяснение любого предложенного лечения, включая любые риски и альтернативы рекомендованного лечения.

В то же время, международная конференция по медицинской коммуникации декларировала «Торонтское совместное заключение» (Toronto Consensus Statement) об отношениях между коммуникационными методами и последствиями для здоровья [5]. Заявление содержит следующие ключевые пункты:

1. Проблемы коммуникации в медицинской практике важны и распространены.

2. Тревожность и неудовлетворенность пациентов связаны с неопределенностью и недостаточной информированностью, разъяснением и обратной связью со стороны врача.

3. Доктора часто ошибаются в количестве и типе информации, которые пациенты хотят получить.

4. Улучшение качества клинической коммуникации взаимосвязано с положительными последствиями для здоровья пациентов.

5. Объяснение и понимание проблем пациента, даже если они не могут быть решены, приводит к снижению тревоги.

6. Активное привлечение пациента к участию в медицинской консультации к большему удовлетворению, соблюдению рекомендаций лечения.

7. Получая достоверную информацию снижается уровень психологического стресса у больных, включая случаи тяжелых заболеваний.

8. Компетентная медицинская коммуникация возможна в клинической практике и может быть реализована во время повседневных медицинских консультаций, при условии, что клиницист обучен соответствующим методам.

Для того чтобы объединить выше обозначенные задачи, врачу требуется овладение профессиональным интервью, которое позволяет ему применять временные ресурсы рационально и учитывать при этом интересы пациента. Эффективное медицинское интервью определяется двумя критериями: эффективностью взаимопонимания с пациентами и диагностически-терапевтическим вмешательством врача. Это подтверждает общеизвестная статистика многочисленных исследований. Так, несмотря на все расширяющееся разнообразие высокотехнических методов исследования в

постановке диагноза, разница в точности установлении заболевания между сбором анамнеза и использованием технических средств составляет 20%.

Компетентное медицинское интервью предстает уникальным диагностическим инструментом врача, наделяя ко всему прочему, последнего дополнительным авторитетом. Пациент требует в своем лечении всегда профессиональной деятельности или другими словами, профессиональной и эмотивно-эмоциональной компетентности. В массовом сознании бытует мнение, что с выбором медицинской профессии, в процессе вузовского этапа образования автоматически приобретается умение общаться с пациентом. Напротив, ежедневный опыт и клиническая практика показывают, что естественные, присущие навыки интервьюирования, к которым врачу просто необходимо прибегнуть, являются скорее исключением. Подтверждением вышесказанного обосновывается тем фактом, что даже с точки зрения молодых врачей помимо приобретения практических навыков, основной дефицит в изучении профессии относится к следующим факторам [6]: отношения с пациентами; психосоциальная компетентность; коммуникабельность.

Имеет смысл указывать и другие дефекты [7]: недостаточное структурированность интервью; ограничение пациента наводящими и закрытыми вопросами; неясные и двусмысленные заявления в отношении результатов обследования, диагноза болезни и терапевтических рекомендаций; вертикальная коммуникация: врач занимает роль учителя, фиксация на теоретических медицинских знаниях; психологизация проблемы при отсутствии психосоматического понимания болезни пациента; отсутствие реакций на эмоциональное и психосоциальное содержание интервью.

Серии исследований в первичном уходе показывают, что 54% жалоб пациентов и 45% из их беспокойств не были выявлены [9]; в 50% визитов пациент и доктор не согласились в происхождении основной проблемы [10]; высокие показатели согласия между пациентом и врачом по основной жалобе в 76% случаев приходятся традиционно на соматические проблемы и только в 6% на психосоциальные [11]; медицинские интервью бывают весьма индивидуальны, но могут стать дисфункциональными если будут иметь недостатки в той части консультации, относящийся к обнаружению причин для обращения пациента; по части активного слушания, врачи часто перебивают пациентов вскоре после начала их вступительной речи - в среднем через 18 секунд, следствием чего является упущение других, не менее важные проблемы из общей картины патогенеза.

Навыки интервью можно изучить и научиться им, а приобретенные навыки использовать и испытывать на практике. Таким образом, организации медицинского обслуживания, уделяющие внимание улучшению качества медицинского интервью могут рассчитывать на ряд преимуществ. Как отмечает МакДональд [8], хорошая коммуникация между пациентами и медицинской службой в целом, важна с первой встречи, в силу формирования оснований для всех последующих встреч и принятий последующих решений.

В данном контексте актуальной становится задача обучения будущих

врачей реагированию на эмоции и психо-социальные темы пациентов в рамках более широкой цели формирования коммуникативной компетентности врача.

### **Выводы**

Можно сделать вывод, что изучение данной проблемы в западной научной литературе представлено широким кругом гуманитарных дисциплин, насчитывающее многолетнюю историю. Представленные предпосылки переосмысления задач медицинского интервью в новых социально-экономических реалиях поднимают проблему обучения студентов - будущих врачей реагированию на эмоции и психо-социальные факторы пациентов в рамках формирования коммуникативной компетентности врача.

### **Список литературы:**

1. Potter S. J. From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor patient relationship / S. J. Potter, B. McKinlay // *Social science & medicine*. – 2005. – №61. – P. 465–479.
2. Cassell E. J. The nature of suffering and the goals of medicine / E. J. Cassell // *New England Journal of Medicine*. – 1982. – № 306. – P. 639–645.
3. Fallowfield L. Teaching senior oncologists communication skills, I: methods and descriptive results of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom / L. Fallowfield, M.J. Lipkin, A.J. Hall // *Journal of Clinical Oncology*. – 1998. - №16. – P. 63–66.
4. Lipkin M. The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research / M. Lipkin M, S. Putnam, A. Lazare // *New York: Springer-Verlag*. – 1995. – P. 1–100.
5. Simpson M. Doctor–patient communication: the Toronto consensus statement / M. Simpson, R. Buckman, M. Stewart, P. Maguire, M. Lipkin, D. Novack, J. Till // *British Medical Journal*. – 1991. – № 303. – P. 1385–1387.
6. Richter-Kuhlmann E.A. Medizinabsolventen: Unsicher in der Praxis / E. A. Richter-Kuhlmann // *Dtsch Ärztebl*. – 2003. – № 100. – P. 214–215.
7. Buddeberg C. Psychosoziale Medizin. Das ärztliche Gespräch- die ärztliche Untersuchung / C. Buddeberg, J. Willi, K. Laederach, B. Buddeberg-Fischer // *New York: Springer-Verlag*. – 1998. – P. 455–482.
8. MacDonald E. Difficult Conversations in Medicine / E. MacDonald // *Oxford University Press*. – 2004. – P. 186–198.
9. Stewart M. The doctor-patient relationship and its effect upon outcome / M. Stewart, I. McWhinney, C. Buck // *Journal of Royal College of General Practice*. – 1979. – № 29. – P. 77–82.
10. Starfield B.C. The Influence of Patient-Practitioner Agreement on Outcome of Care / B. C. Starfield, K. H. Wray, R. Gross, P. S. Brick, B. C. D'Lugoff // *Journal of Public Health*. – 1981. – № 71(2). – P. 127–131.
11. Burack R. C. Predictive Value of The presenting complaint / R.C. Burack, R. R. Carpenter // *The Journal of family practice*. – 1983. – №16. – P. 749–754.

УДК 36:364.04