

УДК 616:15(07.7):613.863

ФОРМУВАННЯ ДЕОНТОЛОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОФЕСІЙНОГО СПІЛКУВАННЯ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ І СУБОРДИНАТОРІВ

О. І. Криський, Л. С. Бабінець, Н. І. Ярема, О. Є. Самогальська
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України”

FORMATION OF THE DEONTOLOGICAL ASPECTS OF THE PROFESSIONAL COMMUNICATION IN MEDICAL INTERNS AND SUBORDINATORS

О. І. Kryskiv, L. S. Babinets, N. I. Yarema, O. Ye. Samohalska
SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky of MPH of Ukraine”

У статті висвітлено досвід формування деонтології професійного спілкування у лікарів-інтернів і субординаторів-терапевтів.

This article describes the experience of forming ethics of professional communication in medical interns and therapists subordinates.

Вступ. Стосунки лікаря з колегами і медичним колективом – один із важливих розділів медичної етики, що вимагає від лікаря чимало знань і підготовки, культури поведінки й витримки, виховання та самовиховання [4]. Майбутні фахівці під час проходження субординатури та інтернатури вчаться працювати самостійно і в колективі, адже надання медичної допомоги у всіх випадках базується на тісному співробітництві з іншими лікарями і медичними працівниками. Основою здорового, цілісного медичного колективу є такі якості лікаря, як доброзичливість до колег, доступність для контактів, готовність звернутись по допомогу і допомогти колезі, справедливість, професійність.

Питання деонтології професійного спілкування буде актуальним доти, поки існує пацієнт і лікар [4]. Щороку розпочинають самостійну трудову діяльність сотні випускників медичних вузів нашої держави. І для кожного з них насущним стає питання успішної роботи в колективі. Сучасна медицина – вузькоспеціалізована і максимально технізована. Кожен лікар, обстежуючи хворого, контактує безпосередньо чи опосередковано (через консультантів, лікарів діагностичних відділень, консилиуми, лікарсько-консультативні комісії) з великою кількістю лікарів. Ось чому деонтологічні аспекти професійного спілкування для майбутніх лікарів будуть завжди актуальними.

Основна частина. На заняттях з терапії ми акцентуємо увагу на складних завданнях, на значному робочому навантаженні, в тому числі нервово-пси-

хічному навантаженні або перевантаженні. В таких ситуаціях трапляються і лікарські помилки. Причини їх появи різні: діагностична помилка, рідкісний випадок, атиповий перебіг захворювання, вкрай тяжкий стан пацієнта і обмаль часу для діагностики. Молоді лікарі бояться помилок. Викладачі клінічних кафедр сімейної медицини включають в навчальний процес аналіз вищеперелічених випадків (наявних в клініці чи з досвіду). На щоденних лікарських конференціях субординатори та інтерни не тільки набувають досвіду в діагностиці та лікуванні, а й починають розуміти, що помилки можуть бути і в компетентних спеціалістів. Разом з тим, розбір кожного випадку розходження клінічного і патолого-анатомічного діагнозів вимагає тактовної, справедливої, професійної й обов’язково доброзичливої критики і поведінки рецензентів історії хвороби (чи амбулаторної карти) і колег по роботі [2].

Давно відомо, що найбільш шанованими членами кожного колективу є вимогливі, перш за все, самі до себе працівники. Найчастіше саме такі люди бувають формальними і неформальними лідерами. Руйнівними, негативними рисами лікаря є амбіційність, заздрість, прикрита холодною коректністю або показною справедливістю, що зазвичай проявляються в критичних ситуаціях.

Колектив лікарні в цілому і кожного відділення зокрема буде здоровим тоді, коли у ньому немає жодної форми зверхнього ставлення до колег інших медич-

них спеціальностей, немає вивищення однієї спеціальності на перевагу іншій. Слід належно оцінювати роботу персоналу діагностично-лабораторних відділень. Проявом справжньої дієвої співпраці і взаємоповаги між лікарями, об'єднаними спільною метою допомогти людині, є консультації з лікарями різних спеціальностей, консиліуми.

Зупинимось також і на такій проблемі, як послідовність і етапність обстеження і лікування хворого з точки зору деонтології діалогу різних лікарів. У цьому випадку важливо не переоцінювати власні дії й недооцінювати або неправильно оцінювати компетенцію і тактику попередників. Кожен лікар повинен чітко розуміти, що першому лікарю завжди найтяжче. Тому потрібно вчитись поважати працю та дії колеги-попередника, враховувати труднощі, що виникли перед ним. Неприпустимо негайно критикувати лікаря або детально пояснювати фахові помилки хворому чи родичам, що є порушенням медичної етики [4]. У більшості випадків це призводить до ятрогенії, скарг до різних інстанцій, погіршення стосунків між лікарями та в колективі. На практичних заняттях з терапії субординатори та інтерни мають можливість відстежувати подібні випадки, працюючи з тяжкохворими, які мають “досвід” спілкування із лікарями як стаціонару чи поліклініки, так і швидкої допомоги, різних діагностичних відділень. Роль викладача на такому клінічному розборі не лише проаналізувати, чому виникали помилки, а й пояснити, як можна було уникнути конфлікту [3].

Іноколи у молодого лікаря виникає думка, що критикувати колег нетактовно. Це не так. На помилках вчиться кожна людина. Проте слід пам'ятати, що критика дій лікаря, його фахової підготовки чи етичних якостей повинна бути справедливою, аргументованою, делікатною, індивідуальною. За цих умов зауваження колег формують конструктивний результат, а критика дає поштовх до поглиблення професійних знань і набуття досвіду. Лікарські п'ятихвилинки у відділенні лікарні чи поліклініки, здача нічного чергування по лікарні, клінічні і патолого-анатомічні конференції – це теж критика тих чи інших дій лікаря. Це наші будні, до яких ми звикли, а майбутні спеціалісти – повинні звикнути.

У процесі адаптації молодого фахівця на робочому місці важливим моментом є спілкування його із ке-

рівництвом лікарні. Лікар-інтерн чи субординатор повинен із розумінням і повагою ставитись до складних функцій і великого психоемоційного навантаження головного лікаря (та його замісників), який поєднує в собі адміністратора і головного лікаря, одночасно відповідає за лікувальний процес, модернізацію матеріально-технічної бази, підбір кадрів і моральний клімат лікувального закладу. Справжній авторитет медичного керівника дуже залежить від його компетентності, вміння працювати з людьми, такту та інших професійних і етичних якостей. З перших занять з терапії ми звертаємо увагу молодих лікарів на те, що запорукою дружніх колегіальних стосунків є глибока повага, доброзичливість і довіра, дотримання встановленої субординації, дисципліна. Культура поведінки разом із професійною компетентністю формують авторитет лікаря як в колективі, так і серед пацієнтів.

Ще одним деонтологічним аспектом професійного спілкування є стосунки “лікар-вчитель” і “лікар-учень”. Лікар доброї терапевтичної школи, належного клінічного виховання завжди вдячний своїм наставникам. На заняттях розповідаємо, що у ролі лікаря-вчителя може бути не тільки викладач, а й завідувач відділення, начмед, досвідчений лікар. Взагалі лікар-вчитель і лікар-учень – це найбільш глибокий і плідний союз у лікарському колективі. Про особливу вдячність лікаря щодо свого учителя говориться ще в клятві Гіппократа: “Клянусь ... поважати того, хто навчив мене лікарському мистецтву нарівні з моїми батьками” [1]. Ці високі слова і в наш час не застаріли, не втратили своєї сили. Здатність пам'ятати і цінувати добро, вміння бути благородним – якості інтелегентної, культурної та сильної людини, якою і повинен бути лікар.

Наприкінці інтернатури ми бажаємо молодим спеціалістам гарно діагностувати, лікувати і радісно та вільно спілкуватись з людьми. Це допомагає підвищувати лікарський потенціал і професійно зростати.

Висновок. Формування деонтології професійного спілкування у лікарів-інтернів і субординаторів є важливою складовою частиною навчання в медичному університеті. Без нього неможливе становлення лікаря-професіонала, успішного клініциста, ефективного медичного менеджера, психолога і комунікатора.

Література

1. Абу Али ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки / Абу Али ибн Сина (Авиценна). – Ташкент : Фан, 2011. – 550 с.
2. Билибин А. Ф. О клиническом мышлении / А. Ф. Билибин, Г. И. Царегородцев. – М. : Медицина, 2003. – 167 с.

3. Казначеев В. П. Клинический диагноз / В. П. Казначеев, А. Д. Куимов. – Новосибирск : Изд-во НГУ, 2002. – 99 с.
4. Лещинский Л. А. Деонтология в практике терапевта / Л. А. Лещинский. – М. : Медицина, 2009. – 208 с.