

**Некоторые аспекты процесса принятия медицинских решений врачей как субъекта принятия решений**

**Сахарова Анна Евгеньевна**

*Аспирант*

Казанский государственный медицинский университет, Республика Татарстан, Россия

*E-mail: sakharova\_anna@mail.ru*

Выборку исследования составили 162 врача различных специальностей. Для описания некоторых личностных аспектов принятия решения (далее ПР) в медицинской сфере была сформирована анкета, состоящую из 25 утверждений, описывающих различные ситуации ПР. Ответы на анкету приведены в процентном соотношении. Наибольший разброс в ответах испытуемых получили следующие вопросы анкеты:

№1. 20% врачей ответили, что верные диагностические решения лучше принимать в сложной, экстремальной обстановке, в условиях дефицита времени (в то время как 58% из опрошенных являлись работниками скорой медицинской помощи или работали в экстренном порядке). Тем не менее, подавляющее большинство (80%) не соглашались с данным утверждением.

№4. 39% опрошенных при принятии диагностических решений были склонны размышлять самостоятельно, а не следовать мнению опытных наставников, «медицинских светил», авторитетов в данной области, принятым подходам и догмам, что в свою очередь согласовалось с пунктом №7 (другая часть: 54% опрошенных врачей старалась согласовать принимаемые решения с коллегами).

№5. 73% при принятии диагностических решений наблюдали у себя оптимальный уровень напряжение и волнения, так называемое «продуктивное беспокойство», 27% отрицали наличие у себя подобного состояния.

№6. 67% врачей при принятии диагностического решений могут предположить исход лечения, конечную ситуацию в самом начале лечения, после первой встречи с пациентом, что предположительно может быть связано с прогностической компетентностью. Однако, 33% отрицают наличие такой возможности. (подавляющее большинство врачей ответивших положительно на данное утверждения были стоматологами 85%, по сравнению с другими специальностями 57%).

№7. 54% диагностические решения предпочитают принимать, посоветовавшись с коллегами, в отличие от второй половины (46%), которая предположительно склонна принимать решения самостоятельно.

№10. 70% обычно не рисковали при принятии диагностических решений, что согласовалось с ответами на утверждения №1,11.

№11. 73% респондентов долго и основательно обдумывали диагностические решения, рассматривая все возможные варианты и альтернативы, даже если они маловероятны, что согласовалось с ответами на утверждение №1 (61% совпадений внутри выборки: те испытуемые для кого условия дефицита времени являлись не желательными ответили утвердительно на утверждение №11 о рассмотрении всех возможных альтернатив в рамках принятия решений).

№12. 79% испытуемым на ум быстро приходили соответствующие прецеденты, примеры из учебников и медицинских журналов, из практики более опытных наставников и коллег при принятии диагностических решений.

№14. 61% согласились с утверждением: Я принимаю диагностические решения на основании «узнавания принципа». То есть врачи могли в течение нескольких секунд, иногда без всякого осознанного анализа, в основном на основании визуальной оценкой пациента принять нужное решение. Это происходило не последовательно или ступенчато, а путем комбинирования симптомов, различных проявлений. Тем не менее, в своем большинстве решения принимались согласно определенному алгоритму, согласно утверждениям №15,16,18.

№17. 83% испытуемых каждый раз оценивают надежность источников информации при принятии диагностических решений, но остается 17% не прибегающих к данной тактике.

№18. 74% при принятии медицинских решений используют стандартную схему: сначала читают историю болезни, потом производят физический осмотр, затем назначают анализы и изучают их результаты; полагая, что только после выполнения всех этих действий можно сформулировать гипотезы по поводу заболевания принять решение о лечении. В то время как 26% врачей склонных придерживаться другого порядка действий, не считая, что исключительно данный алгоритм ведет к принятию медицинского решения. Тем не менее, большинство опрошенных (92%), были склонны придерживаться определенного плана действий, согласно пункту №15.

№19. 81% опрошенных легче принимали диагностические решения, если пациент при этом активно сотрудничал с врачом, задавал уместные и точно направленные вопросы, что объяснялось стереотипом «идеального пациента», однако остаются 19% несогласных с данным пунктом анкеты.

№21. 20% врачей признают, им нелегко изменить принятые диагностические решения, даже если пациенту не стало лучше, оставшиеся 80% отрицают проявление такового в своей работе.

№22. Мнения «за» и «против» разделились поровну: 51% считает, что правильность принятия диагностических решений больше зависит от окружающей обстановки, ситуации, от людей, а не от психического состояния и эмоций опрошенных, в то время как 49% с этим не согласны.

Далее приведены пункты анкеты, мало дифференцирующие выборку, ответы на которые наиболее однотипны, выше 85% испытуемых сходятся во мнении:

№2. 85% опрошенных при принятии диагностических решений быстро формируют два - три возможных диагноза при первой встрече с пациентом. При этом 64% формируют четыре - пять возможных диагноза при тех же условиях (утверждение №24).

№3. 94% испытуемых принимали диагностические решения, учитывая свой прошлый положительный опыт и свои успехи: мотивация достижения успеха взбалансирована мотивацией избегания неудач в утверждении №23 (96% испытуемые при принятии диагностических решений учитывали свой прошлый негативный опыт и свои прошлые ошибки).

№8. 90% врачей предпочли бы общаться и сотрудничать с пациентом «на равных», тем самым им легче было бы принимать диагностические решения, что соответствовало ответам на утверждение №19 (81% пожелали активного, уместно задающего вопросы пациента в рамках принятия решений), в подтверждении стереотипа «идеального пациента».

№9. Только 8% опрошенных ответили утвердительно на следующий вопрос: если в принимаемое диагностическое решение «не вписывается» какой-либо симптом (нетипичное проявление), то его можно «отбросить», не обращая на него внимания. При этом подавля-

ющее большинство (92%) не согласилось с данным высказыванием, что соответствовало ответам на утверждение №13 (87% опрошенных согласились с тем, что «не вписывающийся симптом», мог служить результатом собственных недочетов).

№13. 87% посчитали, что если имеется нетипичное, необычное проявление, какой - то элемент «не вписывался» в принимаемое диагностическое решение, то врач не достаточно все обдумал, возможно, что - то не учел.

№15. 92% респондентов при принятии диагностических решений вырабатывали определенную последовательность действий (алгоритм решений), что так же подтверждено ответами на утверждения №16, №18.

№16. 87% врачей согласились 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 просмотрена история болезни пациента. Ответы на приведенное утверждение несколько не согласовались с ответами на утверждение №18, о соблюдении определенного алгоритма, в начале которого стоял просмотр истории болезни, хотя первые предположения могли не являться основой для принятия конечного медицинского решения.

№20. 85% испытуемых при принятии диагностических решений было легко включить свое воображение, представить наглядный образ сложившейся ситуации.

№25. 100% считали себя ответственными за принятые диагностические решения.

Исходя из ответов опрошенных, можно подытожить данные в ракурсе принятия диагностических решений: врачи подвержены влиянию как обстановки так и собственного эмоционального состояния, склонны учитывать мнение коллег, но и действовать самостоятельно. Для подавляющего большинства опрошенных условия риска нежелательны при принятии решений, тем не менее, сохранялась большая вероятность возможности принятия диагностического решения при первой встрече с пациентом и предвосхищения исхода предстоящей терапии. В свою очередь, большинство врачей уделяет внимание «нетипичным проявлениям» симптомов, стараясь учитывать их при постановке диагноза или проведения терапии. Если пациенту не становится лучше в процессе лечения, большинство врачей склонны менять тактику диагностики.