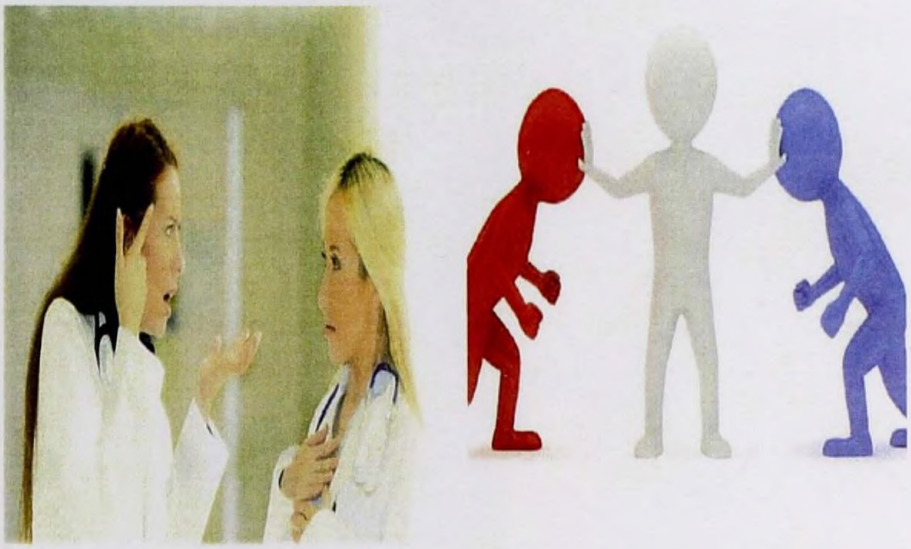
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т.В. Матвейчик
Г.В. Гатальская

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ПАЦИЕНТ: ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ



Минск, БелМАПО
2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Т.В. Матвейчик
Г.В. Гатальская

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ПАЦИЕНТ: ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2022

УДК 614.253 (075.9)
ББК 51.1 (2) я73
М 33

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
(протокол № 10 от 30.12.2021)

Авторы:

Матвейчик Т.В., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», к.м.н.,

Гатальская Г.В., доцент по специальности «Психология» кафедры инновационного управления института бизнеса и менеджмента технологий БГУ, к.п.н.

Рецензенты:

Милькаманович В.К., профессор кафедры социальной работы и реабилитологии БГУ, к.м.н., доцент

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Матвейчик Т.В.

М 33 Медицинская сестра и пациент: эффективная коммуникация : учебно-методическое пособие / Т.В. Матвейчик, Г.В. Гатальская. Минск : БелМАПО, 2022. – 153 с. Табл. 13, прил. 17, рис. 6.

ISBN 978-985-584-678-0

В учебно-методическом пособии на основе новых программных документов по развитию сестринского дела в Республике Беларусь освещены вопросы эффективного общения, предупреждения и конструктивного разрешения конфликтов при взаимодействии с пациентами или с коллегами на основе новых исследований по психологии, социологии, конфликтологии.

Предназначено для врачей и медицинских сестер и их руководителей, помощников врача по амбулаторно-поликлинической помощи, социальных работников, специалистов системы дополнительного медицинского образования, а также для людей, интересующихся проблемами бесконфликтного позитивного взаимодействия в медицине.

УДК 614.253 (075.9)
ББК 51.1 (2) я73

ISBN 978-985-584-678-0

© Матвейчик Т.В., Гатальская Г.В., 2022
© Оформление БелМАПО, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	5
Список сокращений	7
Раздел I. Что такое эффективная коммуникация и ее роль в профессиональной деятельности медицинского работника (Гатальская Г.В.)	8
1.1. Введение в эффективную коммуникацию	8
1.2. Модель эффективной коммуникации	10
1.3. Магический эффект первого впечатления. Успешное начало эффективной коммуникации	13
1.4. Эффективная коммуникация – ненасильственная коммуникация	13
1.5. Эффективная коммуникация -- эмпатическая коммуникация	17
1.6. Модели выстраивания отношений «врач/медицинская сестра-пациент»	17
1.7. Правила эффективной коммуникации	19
1.8. Этапы эффективной медицинской коммуникации (медицинский работник-пациент)	21
1.9. Техники эффективной коммуникации	23
1.10. Работа по повышению собственной эффективности в коммуникации	30
Раздел II. Медицинская сестра VS: понять и помочь (Матвейчик Т.В.)	31
2.1. Исторический экскурс по эффективной коммуникации в медицинской практике	31
2.2. Сравнительный анализ обучения успешному общению в медицинских образовательных учреждениях США, Финляндии, Республики Беларусь	45
2.3. Психологическое состояние пациента как условие провокации конфликта	51
2.4. Медицинская сестра: личностные особенности, способствующие конфликту	59
Раздел III. Медицинская конфликтология (Гатальская Г.В.)	67
3.1. Введение в медицинскую конфликтологию	67
3.2. Последствия медицинских конфликтов	69
3.3. Конфликт в профессиональной деятельности врача, медицинской сестры	70
3.4. Причины медицинского конфликта	71
3.5. Причины медицинского конфликта с точки зрения ролевого подхода	74
3.6. Причины медицинского конфликта с точки зрения организационной психологии	75
3.7. Барьеры в медицинской коммуникации как факторы, приводящие к конфликтам	76
3.8. Примеры причин конфликтов «медицинский работник-пациент»	78
3.9. Динамика медицинского конфликта	78
3.10. Профилактика медицинских конфликтов	80
3.11. Анатомия конфликта в медицинской сфере	81
3.12. Переменные, определяющие характер конструктивного реагирования на конфликтоген (во взаимодействии «пациент-медицинский работник»)	82
3.13. Характеристика основных стратегий поведения медицинского работника в конфликте	90
3.14. Конструктивное реагирование медицинского работника на провокации пациента. Практические рекомендации	92
3.15. Примеры конструктивного реагирования на провокационные высказывания пациента	94
3.16. Копинг-стратегии для эффективного совладания со стрессом, связанным с конфликтами	94
3.17. Что делать для того, чтобы минимизировать конфликты в медицинской сфере	95
3.18. Подсказки руководителю	96
3.19. Ошибки в урегулировании конфликтных ситуаций в медицинской практике с точки зрения организационной психологии	97
3.20. Работа по развитию собственной конфликтологической культуры	97
Заключение	99

Глоссарий 100
Приложения 104
Приложение 1. Пример эмпатичного диалога медицинской сестры с пациентом и его женой 104
Приложение 2. Тест на оценку самоконтроля в общении 106
Приложение 3. Методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М. Юсупова 107
Приложение 4. Методика «Тактика поведения в конфликте» К.У. Томаса 109
Приложение 5. Методика Дж.Г. Скотт «Оценка стратегий поведения в конфликте» 113
Приложение 6. Выбор наилучшего стиля действия в конфликтной ситуации (Дж. Скотт) 115
Приложение 7. Методика выявления уровня эмоциональной эффективности в общении и типа эмоциональных помех (В.В. Бойко) 116
Приложение 8. Методика «Конфликтная личность» 118
Приложение 9. Методика А. Ассингера «Диагностика склонности к агрессивному поведению» 120
Приложение 10. Тест-опросник Г. Шмишека, К. Леонгарда. Методика «Акцентуации характера и темперамента личности» 122
Приложение 11. Организационно-психологические механизмы достижения цели организации 129
Приложение 12. Классификация деятельности типов медицинских сестер по их проявлениям в профессиональной деятельности по И. Харди 130
Приложение 13. Алгоритм реагирования в конфликтной ситуации 131
Приложение 14. Правило пяти «П», или как быть врачу, если конфликт все же произошел 131
Приложение 15. Методика «Климат» (модифицированный вариант методики Б.Д. Парыгина) 132
Приложение 16. Техника «Кинотеатр» 134
Приложение 17. Ситуационные задачи 135
Литература 141

ВВЕДЕНИЕ

Важным аспектом совместной деятельности медицинских работников при оказании медицинской помощи пациентам является комфорт при взаимодействии. Одной из этических и нравственных проблем современного медицинского коллектива является обучение приемам культурного общения с пациентами любого типа и с коллегами разного уровня культуры, образования, опыта, возраста, особенностей характера. Обучение основам эффективной коммуникации, правилам поведения в конфликте, а в идеале – предупреждению деструктивного взаимодействия возможно совместными усилиями педагогов на всех этапах получения базового и дополнительного медицинского образования.

Согласно резолюциям влиятельных международных организаций – ВОЗ, ООН (ЮНИСЭФ) (1988-2020) – медицинским сестрам (МС) отводится одна из ведущих ролей в решении задач повышения качества и эффективности медицинской помощи. Это подчеркнуто в докладе ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров» и поддержанная Международным Советом МС (МСМС) и Международной конфедерацией акушерок.

Функции МС разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и взаимодействия с различными пациентами со своими физиологическими, психосоциальными и духовными потребностями. Для каждого пациента МС или помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр) создает атмосферу определенного отношения к его настоящему и прошлому, жизненным ценностям, убеждениям, принимает необходимые меры безопасности, если его здоровью угрожает опасность. Основной принцип деятельности медицинских кадров – уважение прав и достоинства человека.

Профессионализм в общении с пациентами или коммуникативная компетентность, ставится для клинической практики на один уровень с такими компетенциями, как базовые научные знания, клиническое мышление и практические навыки. Анализ публикаций позволил выявить дефицит литературы, касающейся особенностей коммуникации медицинских сестер и врачей организаций здравоохранения, влияющих на качество лечения и оздоровления населения.

Актуальность проблемы улучшения взаимодействия медицинских работников и пациентов данного пособия согласуется с рядом нормативных правовых актов:

- Указом Президента Республики Беларусь от 7 мая 2020 г.№156 «О приоритетных направлениях научной, научно-технической и инновационной деятельности на 2021-2025 годы»;
- «Концепцией развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 г. №1438);
- «Планом мероприятий (дорожной картой) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министра здравоохранения Республики Беларусь от 20.01.2021): разд. II, п.2.14 (разработка и реализация образовательных программ повышения квалификации для специалистов сестринского дела по конфликтологии, коммуникативным навыкам);
- «Концепцией развития дополнительного образования взрослых в системе здравоохранения на 2021-2025 годы» (утв. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.12.2020 №1439);
- Анализом ВОЗ в докладе «Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров».

Медицина является областью, затрагивающей важнейшие интересы каждого человека — жизнь и здоровье, поэтому не может существовать без конфликтов. В защите

интересов даже от воображаемой угрозы человек легко может перейти разумные границы, что понимают профессиональные медицинские работники.

В разделе «Конфликты в медицинском коллективе» программы повышения квалификации «Управленческие аспекты в деятельности главной медицинской сестры» и «Сестринское дело в укреплении и сохранении здоровья населения» (для главных и старших медицинских сестер) авторами сделан акцент на диагностике и особенностях делового общения в организациях здравоохранения. В разработке учебных программ авторы использовали клинический опыт партнерской работы с пациентами, как это рекомендуют D.M.Berwick и L.Schottenfeld с соавт.

Представлены материалы по основам эффективной коммуникации и предупреждению деструктивных конфликтов на основе новых исследований по психологии, социологии, конфликтологии. Также имеются приложения для самостоятельного изучения по эффективному взаимодействию врачей и медицинских сестер с пациентами и коллегами, помогающие читателю осознать свой тип личности в конфликте и советы психолога о необходимости коррекции поведения. Предложены ситуационные задачи, помогающие на реальных примерах понять сложность человеческого взаимодействия и предложить выход из типичных ситуаций.

В пособии представлены исследования авторов, касающееся особенностей конфликтности для коммуникации МС, даются примеры ее поведения с пациентом в форме ситуационных задач, ведущие к продуктивному взаимодействию. «Мы привыкли думать, что, возражая кому-то, мы неминуемо вступаем с этим человеком в конфликт, который обязательно должен выявить победителя и побежденного или ущемить чье-то самолюбие. Но давайте не будем воспринимать все в таком свете. Давайте всегда искать между нами что-то общее. Секрет успеха заключается в том, чтобы с самого начала проявить заинтересованность в точке зрения собеседника. Я совершенно уверен, что это под силу каждому из нас», пишет Далай Лама.

Предлагаемое учебное пособие рекомендуется для лиц, обучающихся по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа» и содержит техники развития эффективной коммуникации, выделяя особенности взаимодействия в системе врач: сестра: пациент.

В написании книги принимали участие: разделы I, III — Г.В. Гатальская, раздел II (2.1 —Т.В. Матвейчик, И.В. Тихоненко), 2.2-2.4, глоссарий приложения — Т.В. Матвейчик.

Авторы выражают надежду, что учебно-методическое пособие «Медицинская сестра VS. Пациент: эффективная коммуникация» окажется полезным врачам, главным (старшим) медицинским сестрам, помощникам врача по амбулаторно-поликлинической помощи, специалистам системы дополнительного образования, социальным работникам, людям, интересующимся проблемами бесконфликтного позитивного взаимодействия в медицине.

Выражаю сердечную признательность моему соавтору Галине Викторовне Гатальской и итальянскому профессору Николо Комодо за бесценную помощь в подготовке данной работы, которая существенно расширила мой личный кругозор и принятие людей без осуждения, но с пониманием.

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническая организация

БелМАПО – государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

БО – больничная организация

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – врач общей практики

МС – медицинская сестра

МСМС – международный совет медицинских сестер

ОЗ – организация здравоохранения

ОЗиЗ – кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОСД – курс «Организация сестринского дела»

ПМП – первичная медицинская помощь

Пвр – помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ЭК – эффективная коммуникация

РАЗДЕЛ 1. ЧТО ТАКОЕ ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ И ЕЕ РОЛЬ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

1.1. ВВЕДЕНИЕ В ЭФФЕКТИВНУЮ КОММУНИКАЦИЮ

Начиная разговор об эффективной коммуникации (ЭК), обратимся к небольшой восточной притче, дающей ЭК красивое метафоричное определение. Один восточный властелин увидел страшный сон, будто у него выпали один за другим все зубы. Он призвал к себе толкователя снов, который выслушал его и сказал: «Повелитель, я должен сообщить тебе печальную весть. Ты вскорости потеряешь одного за другим всех своих родственников». Разгневался повелитель и приказал бросить его в тюрьму. Другой толкователь, которого он призвал, выслушал его и сказал: «Я счастлив сообщить тебе радостную весть. Ты будешь жить долго и счастливо и переживешь всех своих родственников». Властелин обрадовался и щедро вознаградил его. Когда толкователь вышел из покоев властелина, придворные бросились к нему со словами: «Ты ведь сказал ему то же самое, что и предыдущий толкователь, так почему же он был наказан, а ты вознагражден?». На что последовал ответ: «Мы оба одинаково истолковали сон. Но все зависит от того, не что сказать, а как сказать» .

Задумывались ли вы, насколько эффективна ваша коммуникация? Умеете ли вы взаимодействовать с другими, достигая быстрого взаимопонимания? Взаимодействовать так, что у других улучшается психологическое состояние, настроение, появляется вера в свои силы, оптимизм, вдохновение для деятельности, пропадает желание ответить агрессивно, оскорбительно. Если появились сомнения в том, чтобы утвердительно ответить на этот вопрос, то эта книга для вас будет полезной.

Эффективной коммуникации со второй половины 20 века уделяется все большее внимание во всех профессиональных сферах: экономической, политической, управленческой, педагогической, психологической, медицинской и т.д. Притом, что у ЭК есть ряд общих характеристик, в каждой из этих сфер она имеет свою специфику. Позже мы более детально остановимся на ее анализе в медицинской сфере.

> ***«Коммуникация – это искусство быть понятым»***
>
> ***П. Устинов***

Большинство исследователей в области коммуникации отмечают, что ЭК – ключ к повышению продуктивности профессиональной деятельности, успешной адаптации, социализации, минимизации деструктивных стрессов, поддержанию здоровья, оптимальных отношений, дружбы, любви и т.д.

На важную роль эффективной коммуникации указывали еще древние мыслители. Вспомним известное высказывание Сократа: «Скажи мне что-нибудь, чтобы я тебя увидел». В помогающих профессиях, к которым относятся профессии доктора, медицинской сестры, роль эффективной коммуникации трудно переоценить. Многочисленные исследования доказывают, что если медицинское общение является эффективным, то пациент скорее выздоравливает, а применяемое лечение оказывает лучший эффект. Так, Фернальд Д. при изучении 608 врачебных ошибок установил, что в 70,8% случаев их причиной были проблемы общения врача с пациентом.

Уже Авиценна утверждал, что у медика есть три инструмента в борьбе с болезнью: слово, растение и нож. При этом именно слово (коммуникацию) он поставил на первое место.

Как можно повысить уровень эффективности собственной коммуникации, то есть стать эффективным коммуникатором? Прежде чем ответить на этот вопрос,

> ***«Мы не только смотрим на окружающий мир через призму своей системы убеждений, но и уверены, что все остальные видят его таким же!»***
>
> ***Боб Бург. «Из противников в союзники. Как влиять на людей без угроз и манипулирования»***

попробуем разобраться, что такое коммуникация. Этот термин имеет латинское происхождение и означает «связь, общение»; comunicare – «беседовать, сообщать, передавать, делать общим». В научной литературе термин «коммуникация» появился в начале 20 века, означая средство актуализации человеческой мысли. Под коммуникацией, в целом, понимается происходящий между людьми обмен информацией, настроениями, идеями, эмоциями.

Эффективная коммуникация – это свершившийся коммуникационный акт, в результате которого *достигнуты* поставленные в коммуникации *цели*. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения – навыков, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

ЭК позволяет:

- устанавливать взаимопонимание с партнером;
- выстраивать взаимоотношения в соответствии с типом личности (клиента, пациента, коллеги, подчиненного);
- быстро диагностировать ситуацию общения, выбирать оптимальную стратегию поведения в ней;
- эффективно ставить задачи, согласовывать действия с партнером по общению, проводить переговоры;
- эффективно преодолевать барьеры в коммуникации, разрешать конфликты.

В настоящее время можно выделить *5 основных направлений ЭК*, в которых важно себя развивать:

- *коммуникация с собой*, которая определяет наше актуальное психологическое состояние;
- исходящая коммуникация (коммуникация с другими);
- коммуникация в ситуации непонимания, манипуляции, конфликта (кризисная коммуникация);
- онлайн-коммуникация (письменное и вербальное общение в разных мессенджерах mail, Skype, Viber, Twitter и др.);
- публичная коммуникация (выступления на совещаниях, собраниях, чтение лекций и т.д.).

Для того, чтобы коммуникация была *эффективной*, необходимо, чтобы она строилась в соответствии со следующими *принципами*:

- общение должно быть двусторонним;
- коммуникатор прилагает усилия, чтобы хорошо передать информацию, реципиент – чтобы правильно воспринять информацию;
- сообщение должно быть четким, структурным, кратким;
- коммуникатор и реципиент демонстрируют уважительное отношение друг к другу;
- коммуникация носит позитивный эмоциональный характер.

Большинство исследователей в области психологии общения выделяют следующие *характеристики* эффективной коммуникации:

- конкретность
- ясность
- точность
- правильность
- последовательность
- вежливость
- завершенность.

1.2. МОДЕЛЬ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Общую модель процесса эффективной коммуникации можно представить в виде следующей схемы (рис. 1):

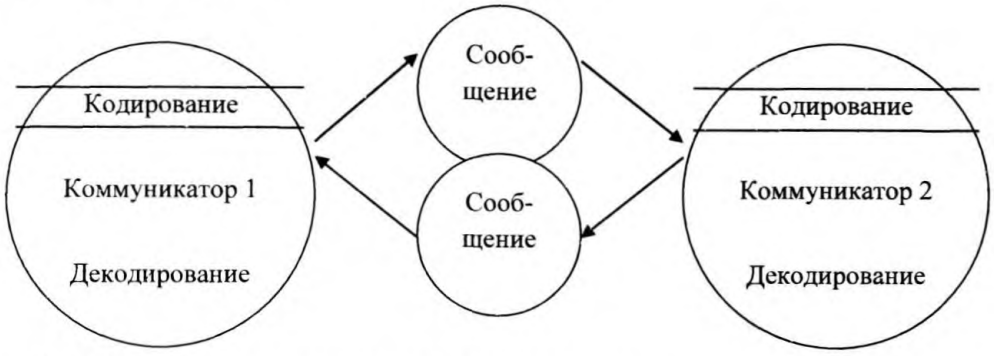


Рис. 1. Общая циркулярная модель коммуникации

Завершенный один цикл циркулярной модели коммуникации более детально представлен ниже (рис. 2).



Рис. 2. Завершенный один цикл циркулярной модели коммуникации

Из этого рисунка циркулярной модели коммуникации видна значимость каждого из этапов. На первом этапе коммуникатор в соответствии с целью отбирает необходимую информацию, на втором этапе кодирует ее, т.е. выбирает более эффективный, на его взгляд, язык передачи: невербальный (мимика, жесты), вербальный – при непосредственном контакте, либо используя видео, - телефонный звонок, письменный (отправление сообщения по почте либо другим каналам Viber, Telegram, WhatsApp и др.). На данном этапе большую роль играет умелость коммуникатора выстраивать сообщения таким образом, что они четко передают его цель коммуникации и наиболее важные аспекты информации. При этом он учитывает психофизическое, психоэмоциональное состояние

Когда я использую то или иное слово – заявил Шалтай-Болтай несколько ворчливым тоном – это значит, что я сам выбираю, что бы оно могло означать – ни больше, ни меньше»

Л. Кэрролл. «Алиса в Стране Чудес»

реципиента/адресата, его индивидуальные особенности и опирается на языковые формы, делающие информацию доступной и понятной получателю. Далее следует декодирование сообщения адресатом, т.е. расшифровка, интерпретация сообщения. На характер декодирования оказывает влияние психофизическое состояние человека, его предшествующий опыт коммуникации (включая детский), ожидания, связанные с общением, отношение к коммуникатору и другие факторы. Насколько эффективным было переданное сообщение показывает реакция получателя, или обратная связь. Она может быть позитивной, негативной, может вообще отсутствовать. В последнем случае это свидетельствует о том, что сообщение не достигло цели. Далее коммуникатор, получив обратную связь, в зависимости от ее характера, выстраивает дальнейший диалог, в свою очередь, декодируя, анализируя, интерпретируя обратную связь реципиента.

Такая схема помогает анализировать общие черты процесса коммуникации, прогнозировать факторы, влияющие на успешность этого процесса. Как мы понимаем, в ходе человеческого взаимодействия информация не только передается, но и постоянно преобразуется каждой из сторон и изменяется. Отношение коммуникатора и реципиента друг к другу определяет характер коммуникации. В свою очередь, развивающаяся коммуникация оказывает дальнейшее влияние на характер отношений между коммуникатором и адресатом.

Оба участника коммуникации являются ее активными субъектами и, постоянно меняясь местами, в соответствии со своими мотивами, целями и установками влияют на коммуникативные процессы. В результате коммуникации происходит взаимное изменение поведения его участников.

С помощью вышеописанной циркулярной модели коммуникации можно представить также взаимодействие: доктор-пациент, медицинская сестра-пациент. Однако процесс общения в этом случае не носит симметричный характер, так как позиции взаимодействующих сторон не совсем равные. Медицинский работник является ведущим в этой коммуникации и ответственным за ее эффективность. Он имеет специальную подготовку и постоянно совершенствуется в этой области, чего нельзя сказать о пациенте, который выступает, в большей степени, в роли реципиента, т.е. получает объяснения диагноза, рекомендации и советы медицинского работника.

Ко всему прочему, пациент в момент обращения часто находится в состоянии сильного стресса, обусловленного тревогой и напряжением, связанными с болезненной симптоматикой. Во-первых, это ухудшает его способность воспринимать и перерабатывать информацию. Результаты исследований говорят, что пациенты в ситуации стресса воспринимают только четвертую часть сообщаемой им информации. Во-вторых, в подобной ситуации стресса у пациента может включаться психозащитное поведение. Например, *регрессивного* характера, когда он жалуется, капризничает, плачет, обижается, преувеличивает, или поведение носит *агрессивный* характер, при котором пациент требует, приказывает, предъявляет претензии другим или обвиняет, выражает недоверие и др.

«Излагая диагноз пациенту или его родственникам, избегай устрашающих формулировок. Пациент имеет право знать правду, но долг медика смягчить её милосердием. Мужество и воля к жизни – ценнейшие качества в борьбе с болезнью, и медицинский работник должен всемерно воспитывать и укреплять их у своих пациентов».

Флоренс Найтингейл. «Записки об уходе»

Это требует от медицинского работника высокого уровня понимания того, что происходит с пациентом, а, следовательно, и адекватной профессиональной реакции на это.

Такая реакция включает: сохранение терпения, спокойствия, оказание помощи пациенту с тем, чтобы помочь ему выйти из состояния суженного сознания в состояние принятия того, что с ним происходит, и принятия ответственности на себя за процесс лечения и выздоравливания. Итак, коммуникатору, в качестве которого выступает медицинский работник, для обеспечения эффективности важно ответить на вопросы:

Кто говорит? Чтобы взаимодействовать с пациентом наилучшим образом, медицинскому работнику необходимо хорошо знать свои индивидуальные особенности, сильные и слабые стороны. Опора на сильные стороны позволяет актуализировать максимально имеющиеся ресурсы для обеспечения эффективности коммуникации, знание слабых сторон может помочь стать менее уязвимым во взаимодействии, поскольку провокации со стороны оппонента/пациента способны «задевать» именно слабые места в личности медицинского работника. Очевидно, что постоянное развитие своих коммуникативных компетенций определяет повышение эффективности профессиональной коммуникации.

Кому говорит? Для обеспечения большей эффективности коммуникации с пациентом важно не только понимать психоэмоциональное состояние, в котором он находится, и его производные (о чем разговор шел выше), но и уметь учитывать индивидуальные особенности пациентов (темперамент, характер, уровень интеллектуального развития и т.д.). И в зависимости от них структурировать общение.

С какой целью и что говорит? Осознание цели коммуникации, а также умение четко, доходчиво, эмпатично передавать сообщение в оптимальной языковой форме.

Когда говорит? Важен также момент сообщения для того, чтобы оно было воспринято наилучшим образом.

Как говорит? На этом вопросе мы остановимся ниже поподробнее.

Таким образом, в *эффективной коммуникации* «врач: медицинская сестра: пациент» изначально поставленная коммуникатором цель должна соответствовать конечному результату акта коммуникации, т.е. цель и содержание сообщений медицинского работника четко, без искажений воспринимается и понимается пациентом. И медицинский работник стремится к тому, чтобы получить такой результат. Это, в свою очередь, требует от него владения знаниями, умениями и навыками эффективного взаимодействия.

«Уникальной задачей медицинской сестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие бы предпринял он сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. Медицинская сестра осуществляет эту работу, помогая пациенту выполнять все назначения, предписанные врачом, и быстрее обрести независимость».

В. Хендерсон

Эффективное общение в сестринском деле предполагает процесс установления, развития контакта с пациентом, обусловленный потребностями в совместной деятельности по его лечению, поддержанию оптимального состояния пациента, он включает:

- обмен информацией (получение информации о самочувствии пациента, протекании лечения, передача информации о схеме приема лекарств, характере подготовки к необходимым обследованиям, процедурам);
- обмен эмоциями (выражение сочувствия пациенту, проявление душевного тепла);
- оказание позитивного влияния на психологическое состояние и поведение пациента.

1.3. МАГИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПЕРВОГО ВПЕЧАТЛЕНИЯ. УСПЕШНОЕ НАЧАЛО ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

В установлении контакта медицинского работника с пациентом большую роль играет первое впечатление. Чем в большей степени медицинский работник воспринимается пациентом как привлекательный человек, тем он лучше оценивается пациентом во всех отношениях (и в личностном, и в профессиональном). И часто это становится определяющим условием: сложится ли эффективная коммуникация или нет (станет ли пациент уважительно, максимально внимательно относиться к словам медицинского работника и стремиться следовать рекомендациям). Этот феномен проявления действия фактора «отношения к нам» известен из социальной психологии. Отношение к нам приводит к изменению оценки качеств людей в зависимости от знака этого отношения, т.е. люди, которые к нам хорошо относятся, кажутся нам значительно лучше тех, которые к нам относятся плохо. Если пациент видит безразличное или негативное отношение к себе, то он, в свою очередь, больше склонен концентрироваться на отрицательных сторонах медицинского работника, не замечая положительных. Интересен в этом отношении результат исследования Р. Нисбета и Т. Вильсона. Ими был проведен эксперимент, который предполагал организацию получасового общения студентов с новым преподавателем. В соответствии с инструкцией, с одними студентами преподаватель должен был вести себя доброжелательно, а с другими – отстраненно, подчеркивая социальную дистанцию. После этого студентов попросили охарактеризовать преподавателя. Оценки «доброжелательного» преподавателя оказались выше, чем оценки «высокомерного, отстраненного».

> ***«Создать для пациента наилучшие условия для активации его собственных сил»***
>
> ***Флоренс Найтингейл***
> ***«Записки об уходе»***

Что может помогать медицинскому работнику в установлении позитивного первичного контакта с пациентом? Ответ очевиден: выражение расположения к пациенту, доброжелательность, проявление интереса и максимального внимания к нему (в противовес высокомерию, демонстрации самоуверенности, выражающейся, например, в игнорировании взглядом, в развалившейся позе, в использовании лексики, перегруженной научной терминологией и др.). Умелое использование приемов аттракции (аттракция – искусство располагать к себе собеседника) позволяет усилить действия вышеописанного фактора «позитивного отношения к нам». Среди них – улыбка, обращение к пациенту по имени, комплименты. Трудно не согласиться, что с улыбчивым человеком хочется общаться, сразу появляется расположенность к нему, в отличие от того, кто демонстрирует мрачную или высокомерную физиономию. Обращение по имени делает контакт персонифицированным, помогает перейти с формального уровня общения, на неформальный уровень. Уместный комплимент может усилить эффект «позитивного отношения», расположение. Беспроигрышными вариантами являются косвенные комплименты. Например, в условиях больницы: «Вы интересуетесь такой серьезной литературой...», «У вас очень заботливые родственники». Это, безусловно, прокладывает дальнейшую дорогу к продолжению общения и достижению в нем уровня эффективности.

1.4.ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ – НЕНАСИЛЬСТВЕННАЯ КОММУНИКАЦИЯ

Основой эффективной коммуникации в помогающих профессиях, к которым относятся и медицинские, является модель ненасильственного общения [10]. Ненасильственное общение опирается на

> ***«Насилие проистекает из убеждения, что другие причиняют нам боль и поэтому заслуживают наказания».***
>
> ***М.Розенберг. «Ненасильственное общение»***

осознание своих потребностей и чувств, не прибегая к навешиванию ярлыков, нелестным сравнениям, деструктивной критике, выдвижению требований, осуждению и т.д. Ненасильственное общение не содержит моралистических суждений. Например, «вы слишком эгоистичны», «ваше поведение недопустимо», «как вам не стыдно», сравнений (по внешнему виду, достижениям), отрицания собственной ответственности в кризисных ситуациях общения. Например, вместо «я должна терпеть выходки пациентов, из-за этого ненавижу свою работу» – «я стараюсь понять причины раздражительности пациентов и ищу возможность перевести общение в конструктивное русло», требований (вместо них коммуникатор опирается на просьбы). Таким образом, в ненасильственном общении отсутствуют осуждение, принуждение, избегание собственной ответственности за результат коммуникации. Опора медицинского работника на ненасильственное общение позволяет пациенту почувствовать собственную значимость, высокую самоценность, стимулирует готовность разделить ответственность за результат коммуникации и совместной деятельности по лечению. Выстраивая ненасильственную коммуникацию, М. Розенберг рекомендует опираться на:

- **наблюдение без оценивания** (табл. 1.1);
- **осознание своих чувств (включая негативные) и их выражение** (табл. 1.2);
- **принятие ответственности за свои чувства и их выражение** (табл. 1.3);
- **просьбы** (табл. 1.4).

Остановимся более подробно на этих 4 составляющих ненасильственного общения с рассмотрением примеров коммуникации в медицинской сфере.

«Когда вы заняты осуждением людей, у вас не остается времени их любить».

М. Розенберг «Ненасильственное общение»

Таблица 1.1. Виды и примеры выражения наблюдений с оцениванием и без оценивания в медицинской коммуникации

п/п	Виды наблюдения с оцениванием	Пример высказывания результата наблюдения с оцениванием	Пример конструктивного высказывания результата наблюдения без оценивания
1.	Описание качеств партнера по общению без уточнения, что это личное мнение оценивающего	«Вы слишком рассеянны»	«Когда я вижу, что вы забываете вовремя принять лекарство, я переживаю, что это может повлиять на результат лечения»
2.	Употребление глаголов с оценочным значением	«Вы совсем не выполняете предписаний»	«Вы в этот раз пропустили занятие по ЛФК, которое вам было предписано для оптимальной реабилитации после операции»
3.	Подмена прогнозирования предсказанием	«Если вы не будете питаться правильно, то разрушите свое здоровье»	«Боюсь, если вы не будете употреблять продукты, содержащие белок, это может повредить вашему здоровью, сказаться на показателях гемоглобина и др.»

п/п	Виды наблюдения с оцениванием	Пример высказывания результата наблюдения с оцениванием	Пример конструктивного высказывания результата наблюдения без оценивания
4.	Обобщение, не обоснованное конкретными примерами	«Вы не заботитесь о своем здоровье»	«Я не вижу, что вы делаете упражнения, которые вам были предписаны»
5.	Однозначное оценивание мыслей, чувств, намерений других людей	«Она не сможет справиться с этой болезнью»	«Она выражала сомнение в том, что сможет справиться с этой болезнью» или «Я переживаю, что она не сможет справиться с этой болезнью»
6.	Использование прилагательных для построения однозначного утверждения	«Вы не дисциплинированны»	«Вы пропускаете прием лекарств, это может сказаться на вашем выздоравливании»

Как мы видим, неконструктивное выражение наблюдения с оцениванием опирается на использование обобщающих слов с целью преувеличения или отрицания (редко, часто, никогда, совсем, слишком, всегда и т.д.), что вызывает защитную реакцию пациента и приводит к деструктивному диалогу с ним, конфликту.

Таблица 1.2. Виды и примеры выражения чувств с оцениванием и без оценивания

п/п	Виды выражения с чувств оцениванием	Пример выражения чувств с оценкой	Пример безоценочного выражения чувств
1.	Оценивание уровня понимания других	«Я чувствую, что вы меня не понимаете»	«Я расстраиваюсь, когда не удается достигнуть взаимопонимания с вами»
2.	Самодиагноз (оценка собственного поведения)	«Я чувствую, что плохо справляюсь»	«Я не доволен тем, как справляюсь»
3.	Диагноз поведения других	«Я чувствую, что вы манипулируете мной»	«Мне не нравится, когда вы прибегаете к таким манипуляциям»

Таблица 1.3. Примеры принятия/непринятия ответственности за выражение чувств в медицинской коммуникации через понимание потребностей, которые стоят за этим (собственных потребностей/ потребностей партнера по общению)

Примеры непринятия ответственности за выражение чувств	Примеры принятия ответственности за выражение чувств
Принятие негативных высказываний других на свой счет/обвинение себя	***Обращение внимания на собственные потребности и чувства***
Пациент: «Вы не внимательны ко мне!». Медицинский работник (внутренняя речь): «Я должен быть более внимательным. Медицинский работник (пациенту): «Извините»	Пациент: «Вы не внимательны ко мне!». Медицинский работник: «Мне обидно получать такие заявления в свой адрес. Я стараюсь помочь вам и мне важно, чтобы вы это адекватно оценивали»

Примеры непринятия ответственности за выражение чувств	Примеры принятия ответственности за выражение чувств
Обвинение других Пациент: «Вы не внимательны ко мне!». Медицинский работник (пациенту): «Как вы можете обвинять меня в невнимательности!»/ «Вы не имеете права обвинять меня в невнимательности!».	***Акцентировать внимание на высказываемые в данный момент чувства и потребности другого человека*** Пациент: «Вы не внимательны ко мне!» Медицинский работник: «Вы испытываете сильную боль сейчас и поэтому хотели бы, чтобы вас в первую очередь взяли на перевязку (другую процедуру)?»

Осуждение, критика, диагнозы и интерпретация чужих действий – все это искаженные выражения собственных неудовлетворенных потребностей, неосознанных чувств. Это часто приводит к конфликтам.

К распространенным речевым оборотам, скрывающим ответственность за выражение собственных чувств, относятся:

- использование безличных конструкций: «Меня все достало!»
- выражения «Я чувствую…, потому что ты/ вы /они…» («Я злюсь из-за того, что вы не сдержали свое обещание»)
- высказывания о действиях других: «Когда вы отворачиваетесь при встрече, это меня задевает»

Вместо этих речевых оборотов лучше использовать: «Я чувствую…, потому что мне нужно…». Например: «Я огорчаюсь из-за пропуска вами занятий по ЛФК, потому что мне важно, чтобы наш план лечения не нарушался».

Таблица 1.4. Критерии и примеры конструктивного и неконструктивного выражения просьбы

п/п	Критерии корректного формулирования просьбы	Пример неконструктивного выражения просьбы	Пример конструктивного выражения просьбы
1.	Четкое сознание и формулировка того, о чем хотелось бы попросить	«Могли бы вы соблюдать правила вежливого поведения? У меня на приеме могут быть люди»	«Пожалуйста, пообещайте стучаться, прежде чем войти в мой кабинет»
2.	Формулирование просьбы в виде утвердительных высказываний, описывающих конкретное действие	«Могли бы вы не превышать предписанный вам объем выполнения физических упражнений?»	«Мне бы хотелось, чтобы вы не превышали предписанный вам объем выполнения физических упражнений»
3	Проявление мягкости, эмпатии, чтобы просьба не была похожа на приказ, требование	«Придерживайтесь предписанной диеты!»	«Мне бы хотелось, чтобы вы придерживались предписанной диеты»

Выше мы остановились на том, как следует выражать результаты своих наблюдений, чувств, того, в чем мы нуждаемся, просьб. Чтобы успешно реализовывать это (слышать, понимать, что чувствуют другие, в чем они нуждаются и о чем просят), необходимо опираться на эмпатию.

1.5. ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ – ЭМПАТИЧЕСКАЯ КОММУНИКАЦИЯ

Проявление эмпатии предполагает максимальное присутствие рядом с человеком, со стремлением сознавать, что с ним происходит, что он переживает. При этом не торопиться с советом, утешением, поучением, выражением сочувствия, выспрашиванием, исправлением, рассказом о собственном опыте.

В медицинской сфере эмпатия занимает особое место. Когда врач/медицинская сестра проявляют эмпатию в общении с пациентом, он больше открыт, а значит, более точно может описать свое состояние, симптомы, что важно и для точной постановки диагноза, и для разработки корректной программы лечения. Проявление эмпатии означает полную сосредоточенность на том, что хочет сказать человек, чтобы он имел возможность выразить себя и почувствовать себя понятым.

Значение проявления эмпатии как основы ЭК подчеркивал К. Роджерс, утверждая, что она (эмпатия) позволяет по-новому взглянуть на себя, свою ситуацию. «Для казавшихся нерешаемыми проблем находятся решения, когда кто-то просто слушает… Когда нас слышат, недоразумения, казавшиеся безнадежными, превращаются в относительно ясные, живые потоки общения».

«Уделять внимание страждущему – способность очень редкая и сложная. Это почти чудо. Это и есть чудо. Почти все, кто думает, будто обладает этой способностью, на самом деле не имеют ее»

Симона Вейль

Проявление эмпатии в общении, по мнению Роджерса, коррелирует с конгруэнтностью. Конгруэнтность – это полное соответствие внутреннего состояния человека, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что он говорит и как говорит. По мнению К. Роджерса, конгруэнтность даже только одного партнера улучшает взаимопонимание, сближает, улучшает отношения между ними. Связано это с тем, что конгруэнтность определяет и более ясную коммуникацию, и отсутствие необходимости защищать себя, а, следовательно, большую свободу для слушания чужой позиции, внимательное слушание партнера, не ограниченное заботами о защите себя; по сути, такое общение приближается к эмпатическому слушанию, что, конечно же, является положительным подкреплением для него. В результате партнер тоже становится более конгруэнтным, и общение становится двусторонне эмпатическим и обоюдно подкрепляющим, терапевтическим. Такое общение изменяет личность в сторону большей конгруэнтности, целостности, у человека становится меньше внутренних конфликтов и больше энергии для активной жизни, поведение становится более раскованным.

Таким образом, согласно представлениям К. Роджерса, всегда есть выбор между тем, чтобы быть конгруэнтным в общении (говорить все то, что действительно думаешь и переживаешь), и тем, чтобы быть не конгруэнтным, и в той или иной степени исходить из ситуации.

Проявление эмпатии позволяет прислушаться к чувствам и потребностям, скрытым за словами человека, перестать видеть в нем врага и, следовательно, уйти от деструктивных психозащитных реакций, ведущих к конфликтам.

1.6. МОДЕЛИ ВЫСТРАИВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ/МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА-ПАЦИЕНТ»

Эффективность коммуникации определяется моделью, в рамках которой она реализуется. Модель коммуникации влияет на характер выстраивающихся отношений «медицинский работник-пациент» и определяет общий психологический фон

коммуникации. Какая модель коммуникации обеспечивает наиболее эффективный уровень общения?

Существуют различные классификации моделей медицинской коммуникации. Их исследованием занимались С. Блюм, Т. Парсонс, М. Холлендер, Т. Шац и др. Популярностью пользовалась классификация Е. Эсмануэль, Л. Эсмануэль. Она построена на критерии автономии пациента и включает информационную, интерпретационную и совещательную модели. Наибольшее распространение в западной медицине получила классификация Р. Витча, в основе которой лежит критерий ответственности медицинского работника/пациента. Он выделял техническую, патерналистскую (руководство), коллегиальную, контрактную модели. Коротко охарактеризуем каждую из моделей классификации Р. Витча.

> ***«Просьбы помогают выражать любовь, приказы любовь убивают»***
>
> ***Г. Чепмен***

Техническая модель предполагает отношение к пациенту как к механизму, в котором произошла «поломка», обусловленная воздействием внешних и внутренних факторов, которая требует исправления.

Патерналистская модель (модель руководства) – авторитарная, реализуемая при ведущей роли медицинского работника, который принимает активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения и берет на себя всю полноту ответственности (юридическую, моральную, психологическую).

Коллегиальная модель (партнерская) носит наиболее демократичный характер, предполагает сотрудничество, терапевтический союз медицинского работника и пациента, активное участие пациента в лечебном процессе, в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства.

Контрактная модель (договорная) сложилась главным образом в условиях платной медицины. Она предполагает взаимодействие медицинского работника и пациента на основе соглашения (контракта), который регулирует структурирование и контроль лечебного процесса обоими его участниками. Медицинский работник опирается на эмпатическую коммуникацию, определяет оптимальный уровень власти в отношении пациента, меру его ответственности за ход и результаты лечения.

Каждая из вышеперечисленных моделей коммуникации медицинского работника с пациентом может приводить к оптимальным результатам в лечении в зависимости от личностных особенностей пациента и ситуации, обусловленной его актуальным психофизическим состоянием и спецификой заболевания. Однако, как в западноевропейской, так и в отечественной медицинской практике в качестве самой эффективной называется коллегиальная модель коммуникации. В реализации такой коммуникации англоязычные авторы рекомендуют следовать модели «4 Е»: вовлекать в диалог (engage), сочувствовать (empathize), образовывать (educate), заинтересовывать в выздоровлении (enlist). Медицинский работник и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения.

> ***«Унижающий другого признает тем самым и свою низость»***
>
> ***В.Леви***

Анализируя различные модели медицинской коммуникации (в разных подходах) в процессе взаимодействия врача/медицинской сестры с пациентом, можно выделить четыре главных объединяющих их компонента:

1) *поддержка*, означающая, что медицинский работник стремится быть полезным и вместе с пациентом готов разделить ответственность за дальнейший исход лечения. Благодаря этому удается активизировать участие пациента в лечебном процессе.

2) *понимание* помогает пациенту укрепить уверенность, что его жалобы услышаны и приняты к анализу. Например, использование фраз «Я вас понимаю…», «Пожалуйста, продолжайте», «Расскажите подробнее» укрепляет ощущение у пациента, что его слушают и хотят помочь. Большую роль играет интонация, так как позволяет транслировать врачу/медицинской сестре внимание пациенту, понимание его, либо отстраненность от пациента, отсутствие интереса к нему.

3) *уважение* предполагает признание ценности пациента как личности и важности его переживаний: «Понимаю, что то, что с вами происходит, вызывает у вас переживания». Проявление уважения предполагает взаимодействие с пациентом как с личностью, а не как с носителем болезни, стремясь узнать о нем, о его образе жизни как можно больше. С этой целью уместно использовать похвалу пациента за проявленное терпение, за аккуратное соблюдение рекомендаций и т.д.

4) сочувствие является ключом к сотрудничеству между медицинским работником и пациентом. С этой целью врач/медицинская сестра могут давать личную оценку ощущениям, переживаниям пациента. Например: «Да, вам пришлось нелегко». Сочувствие проявляется в максимальной включенности медицинского работника в диалог, умении терпеливо выслушивать, проявляя готовность обсуждать причины и возможные последствия болезни.

Таким образом, коллегиальная модель – это модель, в которой в наибольшей степени реализуется пациент-ориентированный подход и обеспечивается терапевтическое взаимодействие медицинского работника и пациента.

1.7. ПРАВИЛА ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Во второй половине XX века, благодаря открытиям, сделанным в социальной психологии, гуманистической психологии, был сформулирован ряд правил, позволяющих выстраивать эффективную коммуникацию. Существенный вклад в развитие этого направления был внесен К. Роджерсом.

Правилам эффективной коммуникации также большое внимание уделяли практически все исследователи, работавшие в сфере психологии коммуникации (А. Баркер, У. Дик, Д. Карнеги, П. МакГи, Б. Паттон, М. Роузд., Р. Фишер, Чалдини, В. Эдвардс, У. Юри и др.). Обобщая их взгляды, мы выделили основные правила, следование которым обеспечивает эффективность коммуникации в целом, включая медицинскую.

Правила эффективной коммуникации:

- подготовки к коммуникации (определение цели, вопросов, информации для обсуждения);
- активной лидерской позиции медицинского работника в коммуникации;
- выстраивания взаимодействия в зависимости от возрастных, индивидуальных особенностей пациента, его психофизического состояния;
- развития доверительного контакта на основе обращения по имени, проявления внимания и уважения к собеседнику, искренности, открытости, вежливости;
- опоры на эмоционально позитивный настрой в коммуникации;
- присоединения к партнеру (невербальная подстройка, поза);
- опоры на мимику, помогающую поддерживать контакт (на нейтральное/позитивное выражение лица);
- перехода от формального общения к неформальному;
- опоры на активное слушание;
- опоры на щадящий стиль общения с пациентом, мягкость подачи медицинской информации;
- проявления ясности, конкретности, лаконичности;

- использования четких, кратких формулировок на языке, доступном пациенту, пауз для лучшего понимания собеседника;
- избегания сленга, жаргона;
- гибкого реагирования на обратную связь пациента;
- конструктивного реагирования на возражения, критику;
- фокусировки на ожиданиях собеседника;
- проявления заботы о пациенте в процессе коммуникации;
- консультирования только в рамках собственной компетенции, в противном случае наряду с эффективностью коммуникации страдает и репутация медицинского работника;
- постоянного развития в отношении эффективной коммуникации;
- опоры на 4 «НЕ»: не перебивать, не критиковать, не спорить, не жаловаться.

В конце XX начале XXI века очень активно исследуется проблема оптимизации коммуникации в деловой сфере (коммуникации в управлении, бизнес-коммуникации). Многие из правил эффективной деловой коммуникации, безусловно, работают и во взаимодействии «врач–пациент», «медицинская сестра–пациент». Интерес представляют 66 правил эффективной коммуникации в деловой сфере, выделенных Зверевой Н.: 33 «можно» и 33 «нельзя». Назовем основные из них (табл. 1.5).

Таблица 1.5. Правила эффективной коммуникации в деловом общении: МОЖНО и НЕЛЬЗЯ

Можно	Нельзя
Определять свою цель в коммуникации	Поворачиваться к человеку спиной, не попрощавшись и не завершив разговор
Уметь представлять себя (правило самопрезентации)	Обращаться только к одному из присутствующих, игнорируя всех остальных
Смотреть в глаза	Делиться своими проблемами или рассказывать
Улыбаться	Приводить самого себя и свои успехи в качестве примера для подражания
Обращаться по имени	Перебивать собеседника
Быть позитивным	Разговаривать по мобильному телефону в присутствии других
Определять правильно момент в коммуникации	Критиковать кого-то в присутствии других
Вовлекать в коммуникацию	Раздражаться и нервничать в присутствии других
Задавать вопросы	Отвечать на вопросы собеседника без энтузиазма и понимания
Искать метафоры	Обращаться к людям на «ты» (если это не происходит по обоюдной договоренности)
Держать паузу	Негативно и резко реагировать на безобидные высказывания собеседника
Говорить грамотно	Нарушать правила вежливости и этикета
Шутить чаще	Считать себя правым – во всем и всегда
Удивлять фактами	Нарушать формат общения, который сами установили
Спорить только с собой	Смеяться над собственными шутками громче всех о своих успехах
Формулировать кратко	
Говорить «понимаю» вместо «нет»	
Делать комплименты	
Быть вежливым	
Ставить себя на место собеседника	
Признавать свои ошибки	
Сохранять достоинство	
Стараться завершать разговор первым	
Благодарить	
Менять и меняться	

Подводя итоги, опираясь на гуманистический подход, **правила эффективной коммуникации** «врач: медицинская сестра: пациент» могут быть представлены следующим образом:

1. Поддерживать активный зрительный контакт с пациентом. Это позволяет, с одной стороны, медицинскому работнику быть максимально внимательным, а с другой, – сообщает пациенту, что все внимание направлено на него. И, следовательно, вызывает у пациента переживание позитивного отношения к медицинскому работнику, большее доверие к нему.

2. Не рекомендуется делать два дела одновременно: например, слушать пациента и заполнять медицинские документы. Если же пациент обращается в тот момент, когда невозможно оторваться от другой деятельности, то эффективная коммуникация предполагает, что диалог следует отложить: «Я обязательно подойду к вам, чтобы более детально обсудить этот вопрос. К сожалению, я не могу уделить вам все свое внимание прямо сейчас, но через четверть часа, завершив… (называется дело, активность), я зайду к вам». Большинство пациентов абсолютно нормально отреагируют на такое предложение.

3. Следить за языком телодвижений. Нахмуренные брови, напряженный лоб, недоброжелательный взгляд могут настроить пациента на негативный лад. В этом случае, корректные вербальные формулировки могут быть восприняты совсем по-другому.

4. Не перебивать пациента, давать возможность ему более детально описать свое состояние.

5. Использовать язык позитивных конструктивных высказываний, теплую доброжелательную манеру, приятный тон для того, чтобы пациент прислушивался к объяснениям врача (медицинской сестры), рекомендациям.

6. **Важно учиться воспринимать агрессивные высказывания пациента (раздраженный тон, повышение голоса, использование конфликтогенов) как сообщение о его неблагополучном физическом и эмоциональном состоянии, осваивать мягкое конструктивное реагирование на это, опираясь на древнюю мудрость: «Мягкий ответ отворачивает гнев».** Позволять пациенту высказывать боль, расстройство по поводу своего состояния. Пытаться ставить себя на его место, видеть ситуацию с его точки зрения, выражая эмпатию и сочувствие.

Познакомившись с широким диапазоном правил эффективной коммуникации, читателю представлена возможность сформировать собственный свод правил, позволяющий достигать высокого уровня эффективности в медицинской коммуникации.

1.8. ЭТАПЫ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ (МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК–ПАЦИЕНТ)

Этапы эффективной медицинской коммуникации можно представить в следующем виде (рис. 3):



Рис. 3. Этапы медицинской коммуникации

Остановимся коротко на каждом из этапов.

В процессе установления контакта с пациентом следовать рекомендациям:

-проявлять приветливость;

-называть пациента по имени/по имени, отчеству;

-осуществлять самопрезентацию;

-использовать открытые вопросы: «Что?», «Как?», «Каким образом?», «При каких условиях?», «Что еще вас беспокоит?».

Осуществляя **сбор информации,** опираемся на *алгоритм:* анализ жалобы пациента, понимание его проблемы, оценка его ожиданий, связанных с предполагаемой медицинской помощью, анализ опасений пациента, связанных с переживаемой симптоматикой, и анализ воздействия болезни на жизнь пациента.

Прибегая к **активному слушанию**, проявлять внимание, заинтересованность, использовать паузы, уточнения, поощрения пациента, развивать коммуникацию, резюмировать информацию пациента, выражать сопереживание/эмпатию.

Осуществляя **комментирование** (во время осмотра пациента, диагностики, лечебных процедур, манипуляций по уходу за пациентом), следует:

1. говорить что, зачем и как будем делать;
2. пояснять, что делать пациенту;
3. предупреждать о возможных неприятных ощущениях;
4. задавать отвлекающие вопросы;
5. озвучивать результаты осмотра/процедуры.

Информируя пациента, важно позаботиться об обеспечении того, чтобы информация была надлежащего типа, и ее было достаточно. Для этого важно прояснить ответы на вопросы:

-Что пациент уже знает?

-Что пациент хочет знать?

-Что нужно знать с медицинской точки зрения для осознанного принятия решений?

С этой целью используется *стратегия* Ask-Tell-Ask (**спроси-скажи-спроси**):

1) спросить, что знает пациент, хочет ли знать больше;

2) коротко и ясно предоставить информацию;

3) уточнить, что думает пациент об этой информации/попросить дать обратную связь.

Что пациенту нужно сообщить с медицинской точки зрения?

Диагноз заболевания – Причины заболевания – Ожидаемый ход развития течения болезни – Прогноз развития заболевания и его серьезность – Алгоритм процесса лечения и его сроки.

Например, *как лучше проинформировать пациента о необходимости проведения* той или иной медицинской *манипуляции:*

1) обязательно остановиться на причинах ее назначения;
2) обязательно рассказать, как она будет осуществляться;
3) раскрыть трудности/сложности во время ее реализации;
4) уточнить, как их можно избежать/изменить.

Завершая беседу с пациентом, необходимо уделить внимание обратной связи (что пациент будет делать, взятие ответственности за свое здоровье). В конце важно резюмировать, т.е. выделить самое главное, о чем договорились.

В общении с пациентом медицинскому работнику важно учитывать: серьезность диагноза, индивидуальные особенности пациента, его интеллектуальный, культурный уровень, профессию и т.д.

1.9. ТЕХНИКИ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Техника активного слушания

Техника активного слушания является одной из важных техник ЭК. Она позволяет человеку (пациенту) беспрепятственно выражать свои мысли, чувства, переживания. Активное слушание предполагает заинтересованный взгляд на пациента, принятие позы, соответствующей максимальному вниманию, стимулирование пациента к тому, чтобы он высказывался как можно полнее, давая ему обратную связь о том, что его слушают и понимают. Например, короткую – «Да», «Я понимаю вас», либо развернутую с перефразированием: «Иными словами, вы полагаете…», «Если я вас правильно понял…». По необходимости можно использовать отражающие вопросы. Это вопросы, которые вытекают из информации, сказанной пациентом во время беседы, они строятся из его слов, фраз, с использованием его интонации.

Опора на технику активного слушания во взаимодействии «врач: медицинская сестра: пациент»:

- ***проявление внимания, заинтересованности***
- ***использование паузы, уточнения, поощрения, резюмирование для стимулирования пациента высказываться***
- ***выражение сопереживания/эмпатии***

Правила активного слушания рекомендуют ***слушать в два раза больше, чем говорить.***

Техника перефразирования

В эффективной коммуникации активное слушание взаимосвязано с использованием техники перефразирования. Это позволяет быстрее достигнуть взаимопонимания с пациентом, преодолеть на этом пути несколько опасностей:

1. Приписать собственные проекции (мысли, чувства) пациенту и, соответственно, реагировать неадекватно тому, что он говорит.
2. Не услышать то, какие именно потребности выражает пациент, в силу того, что его высказывания не носят ясный характер (иногда он сам до конца не понимает, какого результата ждет от общения)
3. Не понять, что скрывается за негативным эмоциональным проявлением пациента.

Часто психологи, обучая данной технике, сталкиваются с предубеждением, связанным с напрасной потерей времени на перефразирование. Это заблуждение разбивают в пух и прах результаты исследований переговоров по трудовым ресурсам, доказывающие, что время, необходимое для достижения согласия, уменьшается вдвое, если каждый из участников соглашается перед собственной репликой точно повторить, что сказал предыдущий участник.

Таким образом, использование перефразирования позволяет более глубоко, более точно прояснять состояние пациента, экономить время, более корректно, конструктивно реагировать на его запросы, предупреждая конфликты. Использование этой техники всегда коррелирует с проявлением эмпатии. Это позволяет лучше понять, что скрывается за раздражением, эмоциональной взвинченностью. Когда пациент ощущает, что все, что с ним происходит, правильно понимается, он испытывает облегчение, успокаивается.

«Язык иногда вместо дороги превращается в барьер»

Д. Киз. «Цветы для Элджернона»

Учиться проявлять эмпатию, стараясь понять переживаемые пациентом чувства страха, паники, злости, позволяет врачу/медсестре не принимать оборонительную позицию, оставаясь в конструктивном диалоге. Чтобы

справляться с такими ситуациями более успешно, не вовлекаться в реагирование на негативные эмоции пациента, телесно-ориентированная психотерапия рекомендует:

- остановиться, сделать паузу, затем 2-3 глубоких выдоха-вдоха. Это снимает излишнее напряжение, позволяет расслабиться.
- вернуться к диалогу, сохраняя конструктивность, сознавая, что за негативными эмоциями пациента стоят страхи, связанные с его физическим состоянием, неудовлетворенные потребности в сочувствии, утешении, совете, разговоре.

Достижение взаимопонимания во взаимодействии с пациентом происходит быстрее, если, используя перефразирование, опираться на ключевые слова, словосочетания пациента (ключевые слова – это те слова и обороты, употребляемые в речи, которые отражают истинное содержание, смысл, вкладываемый человеком в высказывание). Перефразируя, их не следует заменять никакими другими словами, повторяя в точности эту часть высказывания пациента. В этом случае у него складывается впечатление полного понимания того, что он сообщает, пример использования техники перефразирования (прил. 1).

Техника задавания вопросов

Получение информации о пациенте и его состоянии невозможно без умелого опроса. Умелое задавание вопросов позволяет вовремя отреагировать на тревожную симптоматику в изменении состояния пациента, правильно поставить диагноз, определить эффективную модель лечения.

Вопросы обычно разделяются на ***закрытые, открытые, отражающие, дополняющие и др.***

Закрытые вопросы используются для получения конкретной информации и обычно предполагают короткий однозначный ответ.

Открытые вопросы позволяют получить информацию для более глубокого анализа проблемы, сопряженной с психофизическим состоянием пациента. *Открытые* вопросы расширяют и углубляют контакт с ним: Что с вами случилось? Как вы себя чувствуете? Как изменилось ваше состояние?

Отражающие вопросы формулируются на основе содержания ранее полученных ответов. *Отражающие* вопросы являются доказательством проявления внимания, активного слушания, понимания, сочувствия.

Дополняющие вопросы представляют собой фразы, введенные в конец какого-либо утверждения: Верно? Правильно? Не так ли? Разве вы не согласны? Используются в высказывании утверждения с предположением для того, чтобы поощрить собеседника, заставить его согласиться с предположением («Я уверена, что вы будете следовать моим предписаниям, не так ли?»).

Альтернативные вопросы, подталкивающие собеседника сделать выбор из того, что ему предполагается («Рецепт какого из этих двух препаратов вам выписать?» (поскольку существует разница в производителях и ценовой категории)). *Альтернативные* вопросы способствуют развитию доверия в отношениях медицинского работника и пациента. *Вопросы о проблеме*, предоставляют основную информацию, на основании которой делаются выводы о ней («Т.е. можно предположить, что последние два месяца у вас отсутствовал аппетит, и появилась тошнота?»).

В использовании этой техники важно остановиться на ряде ограничений и выделить ряд вопросов, которые задавать не следует. К ним относятся:

- направляющие вопросы, которые носят наводящий характер, побуждающий человека дать определенный ответ
- множественные вопросы, т.е. несколько вопросов под видом одного. Это может запутывать человека в выборе, на какую часть множественного вопроса отвечать.
- вопросы, начинающиеся со слова «Почему?», поскольку этот вопрос напрягает, провоцирует защитные реакции человека («Почему вы не …?»)

• вопросы с подтекстом морализирования: «Как вы могли так поступить/ так сделать?». Лучше спросить по-другому: «Чем было продиктовано ваше решение, ваш поступок?»

Техника ободрения, успокаивания

С помощью данной техники медицинский работник выражает поддержку, помогает пациенту укрепить веру в свои силы, в позитивные перспективы лечения, выздоровления, актуализировать свои жизненные ресурсы: «Это будет нелегко, но вы справитесь», «Я должен предупредить вас, что процедура будет тяжелой, но я верю, что вы сможете это выдержать», «Мы обязательно сможем вам помочь, больно не будет», «Не бойтесь, сделаем все очень аккуратно», «Не волнуйтесь, садитесь удобнее». Использование данной техники направлено на то, чтобы пациент стремился активизировать свое собственное участие в процессе лечения: «Мы сделаем для вас все, что в наших силах, но без вас нам не справиться». Эмпатичное и искреннее выражение ободрения и успокаивания укрепляет доверительный контакт медицинского работника и пациента, способствует формированию жизнестойких установок у пациента.

«Если больному после разговора с врачом не становится легче, то это не врач»

В. Бехтерев

С целью ободрения и успокаивания можно использовать шутку, способную не только снять напряжение, но и создать доброжелательное отношение.

К ошибкам использования техники ободрения и успокаивания относятся фразы: «Я вас услышала…», «Я не знаю…», «Я не уверена». К ним прибегать не следует.

Техника предоставления информации

Медицинский работник выступает в роли коммуникативного лидера: координирует изложение информации и ее восприятие пациентом. Обладает умением конструктивно предоставить всю значимую информацию о здоровье, шансах на выздоровление, возможных рисках в ходе лечения, выборе предполагаемых вариантов лечения. В процессе информирования опирается на фактические стороны информации, не прибегая к директивности, излагая информацию доходчиво и полно. Коммуникативно оправданным является сообщение пациенту то, что и как врач/медицинская сестра планирует делать. Это помогает снять страх неизвестности, минимизировать или исключить возникающие риски общения.

Техника убеждения

В медицинской практике существует множество проблемных ситуаций, разрешить которые можно только с использованием техники убеждения. К ним относятся: потеря веры в эффективность лечения, отказ от принятия модели лечения, которая может дать хорошие результаты, отказ от следования тем или иным медицинским рекомендациям, негативное мышление пациента и др. К технике убеждения следует прибегать, когда пациент находится в эмоционально стабильном состоянии. Использование убеждения помогает пациенту перейти от деструктивного отношения к здоровью к созидательному, взвешенному и осознанному.

«Обвинение – это попытка навязать другим людям ответственность за собственные чувства»

М. Розенберг «Язык жизни. Ненасильственное общение»

Реализация техники убеждения предполагает выдвижение определенного тезиса, умение доказать его, приводя аргументы, понятные для пациента. Если есть необходимость, прибегнуть к объяснению аргументов и примерам. Для реализации этой техники часто используется метод «**сократовского диалога**». Приведем пример тезиса в ситуации, когда пациента необходимо убедить в

приеме антибиотиков: «*Антибиотики во многих случаях необходимы, если бы их не было, люди жили бы в среднем до 40 лет (аргумент), так как даже банальная пневмония могла бы закончиться фатально (объяснение аргумента)*».

При использовании техники убеждения хороший результат дают:

- ссылка на авторитет (высказывание кого-то из известных медиков);
- ссылка на статистические данные;
- последовательность подачи аргументов;
- высокое качество, глубина, логичность и убедительность аргументов;
- создание визуального образа, картинки в сознании пациента; она активизирует разнообразные эмоции: сопереживание, радость, недовольство текущей ситуацией и т. д.;
- повторное обращение к тезису.

Примеры эффективного использования техники убеждения пациента:

1. Врач-пациенту: «Пробиотики нужно давать детям (тезис). Потому что, во-первых, пробиотики улучшают иммунитет (аргумент), так как состояние кишечника и иммунитет у ребенка тесно связаны (объяснение аргумента), я вижу из практики, что дети после курса пробиотиков значительно реже болеют (пример), поэтому пробиотики, конечно, нужно давать детям (повтор тезиса). Во-вторых, в нынешнее время, учитывая качество наших продуктов, у детей страдает микрофлора кишечника (аргумент). Так как для развития микрофлоры необходимо сбалансированное питание и определенное соотношение белков, жиров и углеводов (объяснение аргумента), учеными доказано, что если у ребенка все нормально с микрофлорой – он реже болеет (пример), поэтому пробиотики, конечно, нужно давать детям (повтор тезиса). В-третьих, сейчас надвигается эпидемия гриппа и нужна защита (аргумент). Доказано, что при приеме пробиотиков улучшается общий иммунитет и дети реже заболевают гриппом и ОРЗ (объяснение аргумента), я на практике вижу, что дети на пробиотиках заболевают в два раза реже ОРЗ, чем другие (пример), поэтому пробиотики, конечно, нужно давать детям (повтор тезиса)».

> ***«Разум – это воля к коммуникации»***
>
> ***К.Т. Ясперс***

2. Вызов врача на дом (речь идет о сельской местности), пациент – подросток 12 лет, находится в тяжелом состоянии, по симптоматике – правосторонняя пневмония, которая сопровождается затрудненным дыханием. Врач старается убедить маму в необходимости госпитализации, опасности дальнейшего лечения в домашних условиях. Мама протестует, утверждая, что они продолжат курс лечения дома, так как больница далеко и некому будет ездить навещать ребенка. Никакие аргументы не работают. И тогда врач, чтобы быть убедительнее, использует креативный прием, обращаясь к маме, просит лист бумаги и ручку, на котором рисует сердце, легкие, изображая клиническую картину болезни (то, как легкие наполняются жидкостью, что может привести к смерти ребенка). Мама быстро начинает собирать ребенка в больницу. Там был поставлен диагноз – плеврит, потребовавший трехнедельного лечения. В случае не госпитализации реально была угроза смерти.

Зачастую врачи или медсестры совершают определенную ошибку, вместо убеждения используя способы запугивания пациента, рисуя страшные картины последствий отказа/уклонения от какого-то из назначений врача. Запугать – это не значит мотивировать человека на какие-то действия.

Техника убеждения реализуется с помощью следующих конкретных приемов убеждения:

• постановка пациента в ситуацию выбора: с этой целью описываются все «за» и «против» (например, положительные и отрицательные стороны его жизни после какой-либо операции) для того, чтобы подвести его максимально близко к принятию окончательного выбора, который он делает сам

• сократовский диалог (метод семи «да»): с этой целью следует подготовить от трех до семи вопросов, на которые пациент ответит утвердительно. На последнее место ставится то, в чем необходимо убедить пациента

• ссылка на авторитет: «Профессор Амосов считает, что...»

• вызов: «Если Вы не сможете бросить курить, я вас пойму, поскольку справиться с этим может только очень волевой человек»

• создание ситуации дефицита: некоторые пациенты считают, что дефицитная процедура априорно считается хорошей

• проекция ожидания: «Вы, как умный человек, конечно, согласитесь со мной, что...».

В реализации техники убеждения эффективность повышается, если прибегать к следующим тактикам:

- инструктажа («Вам необходимо…», «Советую не откладывать...»)
- аргументации («В противном случае могут возникнуть осложнения…»)
- обращения к здравому смыслу («Подумайте о возможных последствиях…»)
- сознательного умолчания («Не стоит делать преждевременные выводы…»)
- поощрения, деликатного порицания («Вы сегодня хорошо выглядите…», «Лекарство нужно принимать строго по времени…»).

Использование техники убеждения повышает доверие к словам медицинского работника, вызывает большее понимание логики процесса лечения, привносит ясность в то, какие действия обязательно необходимо предпринять.

Техника внушения

Когда пациент находится в состоянии возбуждения, лучше обратиться к *технике внушения*, предполагающей особый подбор и сочетание аргументов, обеспечивающие легкое проникновение информации в сознание пациента, что помогает ему успокоиться («Да, сейчас вы испытываете острую боль… Для того, чтобы помочь вам, мы ввели очень эффективный препарат, его действие начнется через…, и тогда с каждой минутой ваше состояние будет становиться все лучше и лучше…»; «Ваше состояние скоро улучшится…»).

Техника психического заражения

Если пациент находится в сильном состоянии возбуждения, охвачен негативными эмоциями (раздражения, гнева, злости), медицинским работником может использоваться техника психического заражения, чтобы стабилизировать эмоциональное состояние пациента. Это может произойти, если доктор/медицинская сестра «излучают», транслируют спокойствие, уравновешенность, эмоциональную стабильность. Если медицинский работник демонстрирует это состояние в диалоге, то пациент постепенно успокаивается.

Эта техника работает также в ситуации чрезмерной подавленности пациента, депрессивности, что может быть обусловлено потерей веры в излечение, выздоровление. В этом случае медицинский работник может «заразить» оптимизмом, бодростью, жизнелюбием. Опора на эту технику важна и в момент сообщения о смерти пациента родственникам. Г. Месснер, известный итальянский ученый, доктор-педиатр в своей книге приводит интересный пример, иллюстрирующий такую ситуацию. Вспоминая свое профессиональное становление, он описывает первый в своей практике случай смерти ребенка, который родился недоношенным. Всю ночь он боролся за его жизнь, однако спасти ребенка все равно не удалось. В коридоре ждали родители, как разрешится эта кризисная ситуация. Заведующий отделением сказал ему о том, что он должен сообщить об этом родителям. И они вместе вышли к ним. Увидев, в каком тяжелом, подавленном психоэмоциональном состоянии находился молодой коллега в момент сообщения, заведующий мягко отстранил его и стал сам разговаривать с родителями. А позже состоялся их разговор о высокой степени ответственности доктора в момент сообщения о

смерти ребенка родителям. В такой трагичный момент важно дать силы родственникам, принимающим страшную новость, силы для того, чтобы принять и пережить ее. Для того, чтобы справиться с этим, сам доктор должен быть в ресурсном состоянии, обладать внутренней личностной силой, энергией, которой он может поделиться в этот момент.

Техника конфронтации

К конфронтации медицинскому работнику следует прибегать в том случае, если своими эмоциональными проявлениями, поведением пациент наносит ущерб результату лечения, своему здоровью. Целью конфронтации является обращение внимания пациента на противоречия в его поведении, мыслях, чувствах, сказывающихся на его психофизическом состоянии: «Вы расстроились так, как будто бы совершенно нет шансов на выздоровление. А это не так…», «Слушая вас, хочу обратить внимание на пессимизм в ваших словах, а это, очевидно, не только не улучшает, а, напротив, – ухудшает ваше состояние». Конфронтация является сложной техникой, требующей от врача, медицинской сестры деликатности, опыта, поскольку прибегание к конфронтации может восприниматься пациентом как обвинение, агрессивное нападение. Правила, которых следует придерживаться, используя конфронтацию:

«Ад – это другие»

Ж.П. Сартр

1) охарактеризовать содержание неадекватного поведения пациента и его контекст
2) остановиться на последствиях противоречивого поведения пациента
3) помочь найти способы преодоления такого поведения.

Конфронтация с пациентом никоим образом не должна носить агрессивный, категоричный характер. С этой целью рекомендуется использовать мягкие выражения и тон: «Мне кажется, что еще рано хоронить себя…», «Вместо того, чтобы расстраиваться, попробуйте поискать хорошие способы помощи самому себе…» и т.д.

Остановимся еще на ряде техник, использование которых может повысить эффективность медицинской коммуникации.

Техники противостояния манипуляции

Пациент в силу слабости своей позиции, зачастую продиктованной беспомощностью и недоверием, может прибегать к манипуляциям разного рода (выпрашивать те или иные процедуры, лекарства, либо избегать приема медикаментов и т.д.). Медицинскому работнику, реагируя на разного рода манипулятивные высказывания пациента, *важно помнить*: не вступать в игру «агрессор-жертва», предлагаемую пациентом. Главная задача – реагировать, но при этом реагировать конструктивно. Как это можно сделать?

1) Можно прибегнуть к *уходу от контакта.* Например: «Сейчас я тороплюсь на совещание, мы вернемся позже к этому разговору»

2) Техника приписывания положительных намерений. Ее использование предполагает выражение положительных эмоций, благодарности в адрес собеседника в той или иной конкретной ситуации. Например, пациент: «Вы почему сегодня зашли ко мне так поздно? (имеется в виду приход медицинской сестры в палату). Ответ медицинской сестры: «Я рада, что вы меня с нетерпением ждете»

«Важнее того, что человек говорит, то, как он говорит»

Д.Керпен. «Гений коммуникации. Искусство притягивать людей и превращать их в своих союзников»

3) Техника конкретизирующих вопросов. С ее помощью можно уменьшить напор манипулятора, перевести разговор в конструктивное русло. Пациент: «У вас всегда нет времени, чтобы уделить мне внимание…». Ответ медицинской сестры: «Да, у меня сегодня, действительно, напряженный день, но разве в предыдущие дни мы с вами подробно не обсуждали ваше состояние?». Или другой вариант ответа: «Вы хотели бы со мной поговорить, потому что что-то изменилось в вашем состоянии?».

4) Вскрытие намерений. Используется в ответ на претензии пациента, давая понять, что нам ясны истинные мотивы, претензии. Например: «С какой целью вы спрашиваете меня об этом?», «Что это может изменить?», «Чего вы этим добиваетесь?», «Куда вы клоните?» «На чем основаны ваши слова?».

Вскрытие намерений в реагировании на лесть: «Спасибо большое! Мне приятно ваше мнение. Так что же вы хотели попросить меня сделать?»

5) Конструктивная конфронтация. Позволяет конструктивно реагировать на манипулятивные высказывания. Например, пациент иронично: «Спасибо за готовность помочь!». Ответ медицинской сестры: «Я и вправду сегодня не отреагировала положительно на эту вашу просьбу, однако это не значит, что я отказываю вам в своевременной реализации всех сделанных вам предписаний».

6) Реагирование на текст, игнорируя подтекст высказывания. Например, пациент иронично: «Спасибо за готовность помочь!». Ответ медицинской сестры: «Мы всегда стараемся помогать нашим пациентам».

С целью конструктивного реагирования на манипулятивные высказывания пациента можно также использовать *признание/принятие* части высказывания пациента (то, с чем можно согласиться), остальное игнорируется; смена темы разговора и другие.

Метамодель языка

Эта техника была разработана в нейролингвистическом программировании. Ее можно использовать для исследования метамодели языка пациента, чтобы лучше понимать, что он хочет сказать. Например, на слова пациента: «Мне страшно…», медицинский работник уточняет: «Что вызывает у вас страх?». Или, пациент говорит: «Я не знаю», медицинский работник задает вопрос: «Что конкретно вы не знаете?». Или, пациент утверждает: «Мое состояние хуже, чем у всех», конструктивный ответ медицинского работника: «С состоянием кого именно вы сравниваете свое?»

> ***«Нельзя врачевать тело, не врачуя души»***
>
> ***Сократ***

Техника «Если» вместо «Нет»

В переговорах с пациентами, настроенными агрессивно, лучше уходить от использования слова «Нет», заменяя его словом «Если». Например:

«Сделайте мне еще один обезболивающий укол». Ответ медицинской сестры: «Если врач вам назначит, я сейчас скажу ему о вашей просьбе, то обязательно сделаю».

Пациент: «Можно ли ускорить мою выписку?». Врач в ответ: «Если положительная динамика сохранится в последующие дни, то мы вас выпишем».

Мы остановились на описании основных техник, обращение к которым помогает повысить уровень эффективности медицинской коммуникации. Конечно, это далеко не полный их перечень. К ним можно было бы добавить: *технику «Нога в двери», технику Сократа, технику «Внутренний барометр», технику Франклина, метод фрейминга*, милтон-модель, технику тройной спирали Эриксона, технику якорения, технику «Я-высказывания», технику аргументации, технику «Признание» и др.*

1.10. РАБОТА ПО ПОВЫШЕНИЮ СОБСТВЕННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В КОММУНИКАЦИИ

Работу над собой в этом направлении можно начать с:

1) оценки собственной коммуникативной компетентности (по 10-бальной системе). Смотри приложение 2.

2) оценки собственного уровня эмпатии, эмоциональной эффективности в общении, конфликтности. Смотри приложение 3, 7, 8, 9.

3) оценки собственного стиля общения на основе описания (руководство, коллегиальный, контрактный).

4) оценки собственного стиля поведения в конфликте. Смотри приложение 4.

5) анализа стереотипов собственного восприятия партнера по общению/пациента

6) оценки владения вербальными/невербальными техниками взаимодействия/воздействия на партнера (выявление умений и навыков, которые необходимо «прокачать»)

7) планирования и анализа использования в повседневной профессиональной жизни следующих умений и навыков:

- установления визуального контакта
- активного слушания
- задавания вопросов
- перефразирования
- саморегуляции эмоционального состояния
- снижения эмоционального напряжения у партнера
- предупреждения конфликтов
- конструктивного разрешения конфликтов (конструктивного реагирования на провокации/возражения).

Резюме. В главе раскрывается понятие эффективной коммуникации, ее характеристики, принципы, модели, анализируется роль первого впечатления, которое оказывает медицинский работник на пациента, и последствия этого для эффективности медицинской коммуникации. Описывается структура эффективной медицинской коммуникации как коммуникации ненасильственного характера, роль эмпатии, правил и техник в выстраивании эффективной коммуникации «врач/медицинская сестра– пациент».

Вопросы для саморазвития

1. Дайте определение понятия «эффективная коммуникация», назовите ее основные характеристики и принципы.
2. Что представляет собой циркулярная модель эффективной коммуникации «врач/медицинская сестра – пациент»?
3. Каковы основные составляющие ненасильственной коммуникации в медицинской сфере (приведите примеры)?
4. Назовите правила и техники эффективной медицинской коммуникации?
5. Как повышать эффективность собственной профессиональной коммуникации?

РАЗДЕЛ II. МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА VS: ПОНЯТЬ И ПОМОЧЬ
2.1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ЭКСКУРС ПО ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Приоритетом успешности лечения отечественная медицина ставит положительный результат, который зависит, в том числе от взаимодействия медицинского работника и пациента. Значительные достижения в диагностике и лечении пациентов оставляют тему коммуникаций актуальной.

Особое внимание успешному деловому взаимодействию в коллективах медицинских работников с пациентами уделено в Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы. Этому способствует консультативная демократия в деятельности Министерства здравоохранения Республики Беларусь с медицинскими работниками и учеными.

Коммуникация в сфере здравоохранения предназначена для информирования населения по вопросам здоровья, обучения практическим навыкам поведения, позволяющего его сохранять и укреплять, формирования и поддержки мотивации населения в осуществлении обмена мнениями по вопросам здоровья. В целом это приводит к улучшению качества жизни общества. В истории врачевания накоплен значительный опыт общения врача с больным человеком.

Первые попытки осмысления конфликта в жизни человека и его влияния на здоровье возникли в эпоху античности. Конфликты в Греции периода около 530-470 гг. до н.э. через утверждение Гераклита: «Враждующее соединяется, из расходящихся – прекраснейшая гармония, и все происходит через борьбу» отражают симпатии философа.

То, что смех продлевает жизнь, идет от идей Платона и Аристотеля. Существует три теории юмора (реакция на что-то забавное):

- Теория превосходства, утверждавшая, что люди смеются тогда, когда видят более низкое положение другого, в силу чего комедию считали низким жанром.
- Теория несоответствия (от лат. qui pro quo «кто за кого») вызывают смех неожиданные исходы ситуаций.
- Теория облегчения, дающая отдушину от агрессии, стресса, страха (развивали Г. Спенсер, З. Фрейд).

Конфуцию (гг. до н. э.), знаменитому китайскому философу, идеи которого развивались мыслителями на протяжении многих веков, принадлежат взгляды на проблему конфликта, отраженную в его многочисленных нравственных заповедях: «Не делай другим того, чего не желаешь себе, и тогда в государстве и в семье к тебе не будут чувствовать вражды». Источник конфликтов мыслитель усматривал в делении людей на «благородных мужей» (образованных, грамотных и воспитанных людей) и простолюдинов («малых людей»). Для благородных мужей основу взаимоотношений составляет порядок, а для малых людей выгода.

«Врач должен не просто лечить, но и вселять в пациента уверенность»

Авиценна

Труды знаменитого персидского врача («царя царей») Авиценны (980 г.), оставившего 450 научных работ из 29 областей науки, включая медицину, сохраняют актуальность для современного врача. Самый знаменитый труд Абу Али Хусейна ибн Сина – «Трактат врачебной науки», являющийся после Библии второй печатной книгой в мире, а также известны его «Книга знаний» и «Книга исцелений». Живший более 1 тысячи лет назад, автор оставил множество заповедей для врачевателей прошлого и настоящего: «Нет безнадежных больных. Есть только безнадежные врачи»; «Безделье и праздность являются причиной болезни!»; «Гнев сильно горячит тело, печаль сильно высушивает его, апатия ослабляет душевную силу и склоняет натуру к слизистости… В итоге уравновешивания характера достигаются сохранением здоровья одновременно для души и тела».

В настоящее время значительных информационных нагрузок до 5% населения в мире страдают от бессонницы. Спать Авиценна рекомендовал таким образом: сначала ложиться на правый бок, а затем переворачиваться на левый. Также он отмечал: «Если сон начинается с лежания на животе, то это хорошо помогает пищеварению… На спине спят обычно люди, ослабевшие от болезни… Такие люди спят также с открытым ртом из-за слабости мышц, сжимающих обе челюсти». Писал Авиценна и о негативных чувствах, считая, что гнев, раздражение и печаль истощают человеческую психику, ослабляя защитные силы. Его девиз «Мы лечим не болезнь. Мы лечим людей, страдающих от болезней» - взят на вооружение самыми знаменитыми лечебными заведениями мира.

Парацельс – швейцарский врач и философ эпохи Возрождения, псевдоним Филиппа Ауреола Теофраста Бомбаста фон Гогенгейма, означавшего «около, рядом с Цельсом (древнеримский знаток медицины). Критиковал древнюю медицину, способствовал началу лечения химическими препаратами: «Всё есть яд, и ничто не лишено ядовитости; одна лишь доза делает яд незаметным», что в современном звучании гласит: «Всё – яд, всё — лекарство; то и другое определяет доза».

Ему принадлежат многолетние труды о происхождении и протекании болезней «Парамирум», «Лабиринт заблуждающихся медиков». Парацельс создал «спагирическую» медицину на базе учения Гиппократа, согласно которой живые организмы состоят из тех же ртути, серы, солей и ряда других веществ, входящих в состав всех прочих тел природы. Он считал, что когда человек здоров, эти вещества находятся в равновесии друг с другом; болезнь означает преобладание или недостаток одного из них.

По мнению Парацельса, человек – это малая частичка космоса (микрокосм), в котором отражаются все элементы большого космоса, связующим звеном между двумя мирами является сила «М» (с этой буквы начинается имя Меркурия). По Парацельсу, человек является квинтэссенцией, или пятой, истинной сущностью мира, производится Богом из «вытяжки» целого мира и несёт в себе образ Творца. Это согласуется с пониманием триединой сущности человека ДУХ, ДУША и ТЕЛО согласно Библии. Не существует никакого запретного для человека знания, он способен и, согласно Парацельсу, даже обязан исследовать все сущности, имеющиеся не только в природе, но и за её пределами, ибо нельзя врачевать тело, не врачуя душу, как считал Сократ.

Человеческая сущность согласно Парацельсу включает 7 элементов:

- ✓ «элементарное тело» (материальное или физическое);
- ✓ «archaeus» (электромагнетическое тело, дающее фосфористый свет); начало, без которого физическое тело не может ни существовать, ни двигаться;
- ✓ «evestrium» (звёздное, астральное тело, родина которого – астральный мир), представляет собой точную копию материального тела, может покидать физическое тело, сопровождает дух человека после его смерти;
- ✓ «spiritus animalis» (животная душа), место сосредоточения низменных, животных, эгоистических инстинктов и страстей;
- ✓ «anima intelligens» (разумная душа) – форма, в которую облекается человеческая душа в высших сферах в момент воссоединения с ангельским миром;
- ✓ «anima spiritualis» (духовная душа, духовное тело божественного происхождения) – местопребывание всех благороднейших и возвышенных стремлений человека;
- ✓ «человек Нового Олимпа» – искра Божества, часть божественного «Я», пребывающая в человеке.

Применив к медицине идеи Агриппы о симпатии и антипатии, Парацельс на основании этого построил учение о специальных средствах для каждой части организма (арканумы) и возможности переносить болезнь с человека на растения или животное, или зарывать её вместе с человеческими выделениями в землю. Таким образом, «То, что в одном веке считают мистикой, в другом становится научным знанием» (народная мудрость).

Парацельсу принадлежат знаменитые фразы: «Сила воображения может вызвать у человека болезнь и может излечить его»; «Страх ослабляет человека и отдаёт его на растерзание болезням», которые актуальны в настоящем обучении медицинских работников. Труды врачей, философов и ученых Средневековья до XVII вв., Библия предвосхитили появление раздела лечения смехом – смехотерапии*. Например, идеи Демокрита: «Высшее благо состоит в покое и веселении души»», И Канта: «Смеясь, душа становится врачом тела», А Шопенгауэра: «В выражении радости бытия, субъективности физиологического ликования, веселости, проявляющейся в юморе, отражается вершина человеческого здоровья».

«Сила врача – в его сердце, работа его должна руководиться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; величайшая основа лекарства – любовь».

Парацельс

Смехотерапия* (гелотолечение) (греч. гелос – смех) – техника применения терапевтического юмора различными специалистами, направленная на улучшение понимания пациентом себя, своего поведения, настроения, создающая позитив душевного состояния как прием психотерапии. Помогает человеку увидеть и открыть различные нелепости жизненных ситуаций, нормализует физическое и эмоциональное самочувствие, направляет к более высокому уровню разрешения проблемы, увеличивает желание познания и духовно обогащает.

Термин принадлежит У. Фрай, профессору Стенфордского университета, утверждавшему, что смех как проявление радости продлевает жизнь. Пример П. Казинса – «человека, которому удалось рассмешить смерть» показал исцеление от тяжелой болезни ежедневным просмотром комедий. Идея поддержана М. Титусом, введшем в обиход работу больничных клоунов. Сам клоунский нос впервые в 1920 г. в Париже применил один из трех основателей цирка Фрателлини – Альберто.

В. Франкл, австрийский психиатр, психолог, невропатолог, бывший узник концентрационного лагеря, выжил и на практике применил созданную им концепцию логотерапии методом парадоксальной интенции («терапии от противного»). Вне зависимости от специфики страхов человека и степени зависимости от них, метод использует железный принцип: как только пациент оставляет попытки бороться со своим страхом и действует от противного, он разрывает порочный круг зависимости, что автоматически приводит к ослаблению действия, а впоследствии и полному избавлению от симптома. Ключом к исцелению становится личная вовлеченность пациента в осмысленную совместно с врачом деятельность, в противовес невротической сосредоточенности на симптоме в болезненном состоянии, стимулирующем его повторение и закрепление. Таким образом, человек переносит себя из мира эмоций, прогнозируемых проблем в мир логики и фактов, подтверждаемых собственным опытом. Метод широко используется в психологии и психиатрии.

Дальнейшее совершенствование нетрадиционных не медикаментозных методов помощи пациентам, основанных на воздействии смехом, происходит в 1985 г. комедийным английским сценаристом Ричардом Кёртисом и актером-комиком Генри Ленни, поддержано актером Роуэном Аткинсоном («человек-паук»), которые помогали голодающим в Эфиопии посредством создания благотворительной организации «Comic Relief» (разрядка смехом). Красный клоунский нос участники акции Дня Красного носа получают накануне, средства от продажи во всех магазинах получает фонд. Инвесторами этой организации, предопределившими широкую известность, стала медиа-корпорация BBC. Первый прямой 7-часовой эфир юмористической передачи 5 февраля 1988 г. транслировал выступления приглашенных бесплатно артистов, отличительной особенностью которых в этом был красный клоунский накладной нос. В настоящее время формы и цвета носов меняются ежегодно. Все собранные средства, начиная с того времени, используются в благотворительных целях согласно «Принципу Золотого Фунта», а затраты

и расходы на организацию осуществляют спонсоры. Частный фандрайзинг* предполагает сбор пожертвований для реализации социально значимых задач Дня Красного носа и поддержания существования организации. Сбор пожертвований включает в себя поиск потенциальных жертвователей, позволяет в этот день продавать не только носы, но и футболки, рецепты блюд, шерстяные носки, один раз в два года в выходные дни организуют заезды, забеги, заплывы, марафоны и пр.

Идея Дня Красного носа поддержана в странах Европы (Исландии, Финляндии, Норвегии, Германии, Новой Зеландии, Австралии), с 2015 г. - в США. В РФ с фондом «Линия жизни» в 2007-2009 г. на массовых мероприятиях этого Дня заработаны средства для 54 детей, нуждающихся в высокотехнологичных операциях.

В Республике Беларусь смехотерапия стала применяться с 2006 г. благодаря энтузиазму специалистов Белорусского общества Красного Креста и координатору работы волонтеров-смехотерапевтов А. Романович в команде «Smile Rangers» (улыбка рейнджеров). С девизом «От лайка – к действию» специалисты-волонтеры перевоплощаются в сказочных героев, участвуют в поездках в детские больницы, дома-интернаты, создавая радостное настроение больным детям, используя элементы клоунотерапии, куклотерапии и др. Универсальной рекомендацией от волонтеров-смехотерапевтов становится пожелание к участию в организуемых ими веселых квестах, играх, дружеских посиделках с пациентами социальных учреждений. Упражнение «улыбка – миру, жизни, людям» становится ежедневной и любимой практикой участников.

Организаторами в Европе «Comic Relief» ставится цель вдохновить тех, кто не занимается благотворительностью, заняться ею. Выявляют тех, кто может привнести розыгрыш, смех в вечеринку, танцы, шоу, концерт. Известна статистика финансовой успешности деятельности благотворительной организации «Comic Relief»: в 2020 г. 0,5 млрд. £ при 190 часах телевизионной трансляции. В 1988 г. за сутки в Великобритании 13 млн £, в США – 23 млн. $.

С 2018 г. к идеям смехотерапии присоединилась Финляндия с девизом: «Кто со смехом по жизни шагает – тот никогда и нигде не пропадет!». Изобретательная фантазия финнов поражает. Они празднуют Дни Спасибо, Номера службы спасения, Улыбки, Доброты, Объятий, Поцелуев, Приветствий, Друзей, Шоколада. Могут 1 раз в году носить жен на руках, ходить с лыжными палками по улицам и пр.

В благотворительный фонд Ylen Hyva Saatio «Фонд Yle» входит 90 организаций-спонсоров, идея поддержана лидером бывшим президентом страны Тарьей Халоненом и 100 знаменитостями и политиками. Помимо актеров, участие принимают продавцы магазинов, официанты кафе и ресторанов, водители общественного транспорта, пилоты и стюарды авиакампании Finnair. В День Красного носа мужчины могут носить колготки в сеточку, костюмы Спайдермена, предлагают значительно сниженные по цене маникюр, парикмахерскую помощь в соответствии с идеей не столько смеха и юмора, сколько чувств и эмоций: «Твори добро и оно вернется». Финская мудрость на эту тему гласит: «Пусть лучше люди смеются над тобой, чем плачут».

Цели сбора средств *расширилась* от национальной до транснациональной помощи детям и молодежи в странах Африки, Азии, Южной Америки и стали *конкретными.* Так, Красный Крест Финляндии выделяет средства для детей трущоб Боливии и Бурундии, ЭНИСЭФ – на детские больницы в Кении и Непале, Церковная помощь идет на развитие образования в Гаити и Сьерра-Леоне и т.д. Подтверждением терапевтического действия смеха является исследование, проведенное в финском Университете Турку о том, что смех в социальных группах способствует высвобождению эндорфина в головном мозге, а это приводит к чувству единения, безопасности, активизации общения.

«Смех может служить отличным способом при образовании, укреплении и сохранении социальных связей», – свидетельствуют ученые (S. Manninen, L. Tuominen et al., 2017). Их совет полезен как в современной деловой коммуникации, так и в больничной клоунаде.

КЛАССИКИ РУССКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ-МЕДИКИ О ТРУДЕ ВРАЧА

Вторая половина XIX - начало XX века – период становления конфликтологии как самостоятельной теории, в это время особо выделяются работы К. Клаузевица, Г. Зиммеля, П. Сорокина, О. Канта по социологии конфликта, В. Вундта по психологии. С помощью научного метода им было предложено тщательно изучить непосредственный человеческий опыт, измерить его и классифицировать. Основываясь на своих знаниях физиолога, он открывает экспериментальную психологию, измеряя продолжительность реакции, то есть время, необходимое нашему организму для того, чтобы вызвать реакцию на стимул.

Выделения конфликтов между людьми разных профессий в античное время и последующие эпохи нет. С середины XIX – начала XX века в трудах философов и экономистов находим отношение к умению делового взаимодействия.

«Умение общаться с людьми – это товар, который можно купить точно так же, как сахар или кофе. И я заплачу за него больше, чем за любой другой товар».

Джон Рокфеллер

Нравственные постулаты для взаимодействия медицинских работников с пациентами наиболее рано описаны в трудах древнегреческого врача, философа и реформатора Гиппократа. Клятвой Гиппократа руководствуются все медицинские работники, вне зависимости от специализации и места работы. В ней есть такие слова: «Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумениям, воздерживаясь от причинения всякого вреда, и несправедливости… Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всякого намеренного, неправедного и пагубного... Что бы при лечении – а также и без лечения - я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да будет дано счастье в жизни и в искусстве и славе у всех людей на вечные времена, преступающему же и дающему ложную клятву да будет обратное этому…».

Клятвой Гиппократа декларируются только медицинские цели – оптимизация режима пациента, направление всех действий на получение пользы для больного человека – в ней заложены глубокие основы – советы, делающие общение каждого медицинского работника успешным. В случае, когда пациент убеждается, что врач или МС соответствуют требованиям и ожиданиям, которые общество предъявляет к медикам, и их человеческие качества соответствуют высокому уровню, у него возникает доверие, являющееся залогом эффективности коммуникации. При внимательном изучении клятва Гиппократа транслирует установку на получение ощущения счастья при выполнении входящих в нее обязательств, что тоже способствует эффективности общения с пациентами. Эту мысль профессор медицины В.М. Бехтерев развивает в XIX веке: «Всякий знает, какое магическое оздоровляющее действие может приобрести одно утешительное слово со стороны врача и, наоборот, как иногда убийственно… действует на больного суровый холодный приговор врача».

«Есть такие люди, от общения с которыми вырастают крылья. А есть те, которые сделают все для того, чтобы и руки опустились».

Бернард Шоу

С клятвой Гиппократа перекликается модифицированная для обучения МС Детройта клятва Соловья, предложенная в 1893 г. и названная в честь знаменитой Ф. Найтингейл: «Перед Богом и лицом собрания я торжественно обещаю вести жизнь, наполненную чистотой, и честно исполнять профессиональные обязанности.

Я буду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и никогда сознательно не использую и не назначу лекарств, которые могут повредить.

Я сделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повышать уровень моей профессии. Я буду беречь в тайне всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентами и их родственниками.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неутомимой заботе о благополучии всех, порученных моей опеке».

Понятия эффективной коммуникации в медицине встречаются в трудах одного из величайших врачей Парацельса, несмотря на тернистый путь врачевания новатора. Вынося из них бесценный опыт, позволявший менять лечебную тактику, он способствовал развитию медицины, достигшей в нашей стране высочайшего уровня, особенно в сфере высоких медицинских технологий. Однако сейчас более, чем когда-либо, мы используем контроль качества оказания медицинской помощи пациентам и работу над ошибками, пусть и редкими, для того, чтобы не только не повторять их, но и не останавливаться в развитии.

Приоритеты в разработке проблемы общения принадлежат психологии, в которой В.М. Бехтерев, русский и советский психиатр, невропатолог, физиолог, психолог по праву считается первооткрывателем. Он писал, что общение служит в качестве механизма объединения людей в группы и условия социализации личности. Этот ученый отмечал, что чем разнообразнее и богаче общение человека с окружающими его людьми, тем успешнее осуществляется развитие личности. Этим им подчеркивалось значение успешного общения и не только для достижения кратковременного результата конкретного взаимодействия, но и для личностного роста человека и социального здоровья общества. В его советах находим следующее: «Следует иметь в виду, что …на помощь внушению идет нередко и самовнушение, под которым мы понимаем прививание психических состояний, обусловленное не посторонними влияниями, а внутренними поводами, источник которых находится в личности самого больного, подвергающегося самовнушению. Всякий знает, что человек может настроить себя на грустный или веселый лад, что он может при известных случаях развить воображение до появлений иллюзий и галлюцинаций, что он может даже вселить в себя то или другое убеждение. Это и есть самовнушение, которое, подобно внушению и не нуждается в логике, а, напротив, действует нередко даже вопреки всякой логике». Для того, чтобы взаимодействие разных людей было эффективным, у него должны быть четкая цель, минимальное количество помех, язык передачи информации и ее расшифровки должны быть примерно одинаковыми. Это значит, что коммуникация в области здравоохранения, особенно между медицинским работником и пациентом, должна представлять собой партнерство и будет наиболее эффективной, когда все участники будут нацелены на единый результат по улучшению состояния здоровья.

Медицина отражена во многих литературных произведениях писателей: В. Даля, В. Аксенова, Ф. Рабле, Ф. Шиллера, А. Конан Дойля, А.П. Чехова, В.В. Вересаева, М.А. Булгакова. Эти писатели оставили нам образец взаимодействия врача, МС и пациента прошлого. Медицинская тематика в литературных произведениях дает нашим современникам образцы общения медиков с народом, четкое понимание целей в медицине, путей их достижения с учетом особенностей и реакций пациента, и как молодому врачу на них реагировать.

«Записки врача» являются самим известным произведением В.В. Вересаева, в котором описана картина внутреннего мира врача, открываются его переживания, мысли и надежды. Именно таким образом нам становится понятным его поведение, которое близко к понятиям у МС. В этой работе повествование ведется от лица молодого врача, не имеющего в произведении собственного имени, окончившего медицинский факультет семь лет назад и не ставшего «человеком профессии, привыкшим ко всему». На него влияют страдания живых людей, заставляя на собственном опыте учиться справляться с различными трудностями, вырабатывая определенные формы поведения. Случаются и неудачи, и после первого отчаяния и упадка духа врач убеждается в том, что все-таки медицина и, в частности, он сам своей деятельностью, многое может сделать, что и возвращает его веру. Произведение автора дает четкое осознание того, что медицина

способна излечить, воспитать, изменить человека в лучшую сторону, что с ней связано не только здоровье, но и душа, а также условия существования человека. Это понимание привносит каждому медику возможность передавать собственную веру в силу медицины каждому пациенту, и такая уверенность – один из основных залогов эффективного общения медицинских работников и пациентов.

Подробный расспрос больного о его образе жизни, метод индивидуального подхода В.В. Вересаева в каждом конкретном случае, выработанный в 90-е годы XIX века профессором Московского университета Г.А. Захарьиным, становится важной вехой врачевания. В ходе чтения «Записок врача» видно изменение отношения молодого врача к своим пациентам с течением времени и с приобретенным опытом, как он пытался найти ту грань между состраданием и здоровым равнодушием, с которой мог бы жить и он сам, и больной человек. Описанные В.В. Вересаевым переживания свойственны практически любому молодому специалисту, пришедшему работать в современную медицину.

Рассуждения в работе В.В. Вересаева касаются медицинской этики – вопросов, являющихся вневременными. Затронуты ситуации, когда пациенты не обращаются за медицинской помощью из-за стыдливости по отношению к своему телу. Медики менее остро воспринимают такие аспекты, но это напоминание, что подобные моменты, пусть и редко, встречаются у части пациентов в настоящее время.

Герою «Записок юного врача» М.А. Булгакова приходится бороться с недоверием населения, не всегда верящим в возможность медицины помочь, а также с непониманием назначенного лечения; рассказывается о безразличии больных с определенными болезнями, которые не понимают серьезность ситуации, а лишь надеются на избавление от одного из симптомов. М.А. Булгаков описывает свои средства преодоления болезни: чтобы тебя слышали, чтобы действовали согласно необходимости, чтобы взаимодействовали с тобой как с медиком, необходимы решительность и доверие со стороны населения, а это возможно только, когда создается и упрочивается добрая репутация медика.

«Есть три ошибки в общении людей: первая – это желание говорить прежде, чем нужно; вторая – застенчивость, не говорить, когда нужно; третья – говорить, не наблюдая за своим слушателем».

Конфуций

В рассказах М.А. Булгакова описывается борьба врача за каждого из своих пациентов, за их здоровье и жизнь, что показывает любовь врача к человеку в принципе: «(...) и нес в себе одну мысль – как его спасти? И этого – спасти. И этого! Всех». И не только человеколюбие как широкое философское понятие, а стремление помочь каждому конкретному пациенту, несмотря на трудности, свойственны медицинским работникам. Коммуникации медик-пациент как двусторонность: с одной стороны, врач и МС прикладывает все усилия для излечения пациента, с другой стороны, пациент, доверяющий медику, активно сотрудничает с ним, верит в успешность исхода, нацелен на благополучный исход.

В произведениях классиков русской литературы герои – не шаблонные фигуры, что делает их более понятными и близкими медицинским работникам XXI века. У них разные человеческие характеры и модели поведения. Эти врачи из романов писателей по-другому ведут себя в критических ситуациях, например, при первой проведенной трахеотомии герой В.В. Вересаева с самого начала операции впадает в панику. Герой М.А. Булгакова, которому надо спасти девочку от дифтерийного крупа, внутренне невероятно нервничает, но внешне уверен в себе и действует решительно. Какая модель взаимодействия эффективнее? Универсального ответа нет, но врач, описанный в «Записках врача» В.В. Вересаевым, после неудачи решает больше не выполнять трахеотомию, а потом понимает, что там, где другие могут спасти человеку жизнь там, он будет стоять, беспомощно опустив

руки. Этот пример поведения врача учит находить в себе силы действовать в интересах пациента в любой ситуации.

М.А. Булгаков, описывая образы врача, фельдшера и двух акушерок, подчеркивает преобладающее значение интеллигенции, воплощающей в себе необходимые для прогресса моральную совесть и способности, т.е. качества, всегда ценимые как пациентами, так и коллегами.

Широко известны слова А.П. Чехова, которого любили за бескорыстие, отзывчивость и профессионализм: «Профессия врача – это подвиг, она требует самоутверждения, чистоты души и чистоты помыслов. Надо быть ясным умственно, чистым нравственно и опрятным физически». В этой фразе аккумулировано то, что составляет основу эффективной коммуникации – именно по оценке нравственной и физической составляющих человека, служащего медицине, формируются доверие или недоверие, уважение или презрение к медицинским работникам. Только медик, заслуживший доверительное отношение, чувство уважения со стороны пациентов, может вести за собой.

А.П. Чехов не выносил необоснованных нападок на врачей и жестко относился к тем, которые не соблюдают правила врачебной этики, разглашая врачебную тайну или бездушно относящихся к больному человеку.

Доказывая, что врачи не циничны, он вспоминал своего университетского профессора по курсу женских болезней В.Ф. Снегирева, который о русской женщине говорит возвышенно, «не иначе, как с дрожью в голосе». Таким образом, А.П. Чехов предъявлял высокие требования к человеку, посвятившему себя медицине, и задавал медикам нынешней эпохи высокие стандарты деловой успешной коммуникации.

Вопрос доверия в медицине шире вопроса доверия к конкретному медицинскому работнику. В.В. Вересаев писал, что среди даже просвещенных слоев населения проявлялось часто служащее предметом карикатур недоверие к медицине и врачам: «Здоровые люди говорят о медицине и врачах с усмешкою, больные, которым медицина не помогла, говорят о ней с ярою ненавистью». Он отмечал, что больной все свое разочарование и отчаяние часто направляет против врача и медицины вообще: «Медицина не оправдывает ожиданий, которые на нее возлагаются, – над нею смеются, и в нее не верят (…) человек, обучившийся этой науке, должен безошибочно узнавать и излечивать болезни; если он этого не умеет, то либо сам он плох, либо его наука никуда не годится».

В любые времена общество ждет от медицины многого, и если она не помогает, то отрицает ее пользу, забывая, что медицина не всесильна. В.В. Вересаев это объясняет тем, что люди не имеют понятия об организме человека и о том, что каждый больной представляет собой новую, неповторимую болезнь, в которой самому врачу иногда трудно разобраться: «Люди не имеют даже самого отдаленного представления ни о жизни своего тела, ни о силах и средствах врачебной науки. В этом – источник большинства недоразумений». Эта мысль остается актуальной в настоящее время, когда любой пациент получает массу информации о болезни из недостоверных и часто противоречивых интернет источников. Помимо прочего, пациент не обязан владеть медицинскими знаниями, в связи с чем, для взаимодействия во время лечения, так важно в доступной форме, этично и аргументировано преподнести объективную информацию, чем разрушить недоверие и разочарование, имеющиеся у некоторых пациентов.

Глубокую проблему поднимает В.В. Вересаев, упоминая «Врачебный устав», по которому «всякий врач обязан по приглашению больных являться для подачи им помощи». Герой-врач «Записок» спрашивает себя: «Неужели страдания человечества исчерпываются одними внезапными заболеваниями людей, и только в этом случае им нужна скорая безотлагательная помощь?». Это свидетельствует о том, что сострадание, желание помочь нуждающемуся в помощи, даже не относящейся к разряду медицинской, свойственно тому, кто работает в медицине.

Понимание проблем, приводящих к неэффективности взаимодействия врача или МС с пациентом, дает возможность перевести коммуникацию в разряд эффективной, о чем следующий пример. Так, в рассказе А.П. Чехова «Враги» описывается та же проблема, как и в рассказе «Зеркало», когда между доктором и родственником мнимой больной возникает конфликт по причине необоснованного приглашения врача на дом. В этом рассказе А.П. Чехов освещает вопросы взаимной глухоты, неумения понять друг друга, жестокого поведения ослепленных собственным горем людей, психических реакций противоположных типов пациентов и механизма формирования категоричных оценок, который часто приводит к взаимной ненависти.

Неприятие медицинского работника пациентом, нежелание его слышать делает эмоциональный окрас лечения неприятным для обеих сторон и не может привести к продуктивности лечения. Так же, неспособность или нежелание врача или МС услышать надежды, опасения, аргументы пациента, приводят к полной невозможности продолжить активное взаимодействие.

Рассказ «Враги» современниками А.П. Чехова был расценен и с точки зрения медицины, и с точки зрения социальной психологии. В конце произведения автор не ставит точку, изобразив вызванный «эгоизмом несчастных» конфликт, а возвращается к доктору. Именно доктору приписывается вина в конфликте, несмотря на то, что этот случай произошел в то время, когда врач потерял ребенка и сам находился в тяжелом психологическом состоянии.

Еще на II Пироговском съезде врачей (1887 г.) обсуждалась тема конфликта между врачом и пациентом как весьма жгучая, имеющая серьезное общественное значение. В процессе дискуссий уточнялось, что публика то и дело жалуется на формализм врачей и отсутствие у них гуманности, врачи обвиняют население в эксплуататорских поползновениях на их труд, свободу и т.д. История свидетельствует, что вопрос конфликта между медиком и пациентом существовал в медицине всегда. В насыщенной жизни современности эта проблема не теряет актуальности, и каждый медицинский работник должен стремиться предупредить или избежать вспыхивания конфликта, либо должен обладать способностями его погашения.

Для этого важно понимание причин поведения пациента или родственников, требующих от врача (МС) помощи любой ценой: для них медицинский работник – единственная надежда на спасение их близких. В состоянии страха потери близкого человека каждый сделал бы все возможное, чтобы его спасти, прибегая при этом к крайним средствам. А.П. Чехов описывает женщину, которая не реагирует на то, что сам доктор болен: для спасения мужа она способна забыть все сочувствие, думает о своем горе и уверена, что если бы доктор знал, как дорог для нее муж, то забыл бы и утомление, и свою болезнь».

А.П. Чехов и В.В. Вересаев выразили представления общества XIX века о главных качествах медицинских деятелей того времени: самопожертвовании и высоком призвании.

Если соотнести эти качества врачей и МС с ситуацией преодоления пандемии коронавирусной инфекции в 2020-2021 гг. однозначный вывод свидетельствует о том, что присутствует высочайший уровень нравственности, ответственности и профессионализма медицинских работников. Именно за это в 2020 г. было награждено 23,5% средних медицинских работников Республики Беларусь.

«Доброта, эмпатия, сочувствие и помощь в сохранении чувства собственного достоинства – вот качества хорошей медицинской сестры».

К. Уотсон

Понимание со стороны общества встретят медицинские работники, соответствующие представлениям населения. В.В. Вересаев приводит пример матери, которая в волнении за состояние заболевшего воспалением легких сына практически необоснованно на протяжении ряда дней заставляет врача посещать мальчика не только несколько раз в день, но и ночью.

Подобное поведение родственников понятно, это обеспокоенная мать. Но как будет чувствовать себя врач, который, как доктор Астров из пьесы А.П. Чехова «Дядя Ваня», не первый раз «сломя голову скакал тридцать верст» по вызову больного, потом отказывающегося его принять? Или врач, диагноз и советы которого игнорирует больной человек, убежденный, что тот «столько же понимает в медицине», как он сам в астрономии»? Астров жалуется на реакцию пациента: «Я ему говорю – подагра, а он – ревматизм; я прошу лежать, он сидит». Вересаев приводит пример матери, вмешивающейся в процесс лечения и требующей от врача менее «шаблонного» лечения. Возможно, у человека, сталкивающегося часто с похожими ситуациями, со временем может возникнуть чувство, что над ним издеваются и не ценят его труд. В Швейцарии за неисполнение рекомендаций семейного врача следует штраф и возможность открепления от контингента наблюдаемых этим врачом в кантоне.

А.П. Чехов писал о сложности труда медицинского работника (например, в письме Суворину А.С. в 1891 г.) так: «У врачей бывают отвратительные дни и часы – не дай Бог никому этого. Среди врачей, правда, не редкость невежды и хамы, как и среди писателей, инженеров, и вообще людей. Но те отвратительные часы и дни, о которых я говорю, бывают только у врачей ..... Такие вот отвратительные дни и часы бывают у врача не только тогда, когда он чувствует, что бессилен перед болезнью, или понимает, что совершил ошибку. То же он испытывает и тогда, когда знает, что человека можно было спасти, но этого не произошло...».

Любое недопонимание врача и пациента может вылиться в конфликты из-за профилактики, способов лечения и количества употребляемых лекарств. Интересно, как классики учат нас преодолевать фазу конфликта: у врачей проявляется долг в смысле «осознания профессиональных требований как добра и блага для других». Безусловно, облегчит выстраивание эффективного общения понимание не только окружающими, но и самими медицинскими работниками того, что, действительно, есть моменты, когда они, утомленные ежедневной работой и заботами, чувствуют, что делают благо больше остальных. В зрелой чеховской прозе звучит тема непонимания окружающими особой тяжести деятельности медика. Понимание потребности в психологической разгрузке для медицинского работника не менее важно, чем профессиональные знания. Вовремя произведенная психологическая разгрузка позволит медицинскому работнику не терять свои ориентиры, сохраняя свое достоинство, воспринимать пациента как партнера, учитывать его психологические особенности и ситуации.

Может возникнуть ложное впечатление, что равнодушие будет способствовать эффективности коммуникации ввиду отсутствия эмоций. Герой «Записок врача» подробно описывает изменение отношения к своим пациентам. В начале своей врачебной практики он находится в постоянном состоянии переживания и тревоги: «Неожиданное ухудшение в состоянии поправляющегося больного, неизлечимый больной, требующий от тебя помощи, грозящая смерть больного, всегдашняя возможность несчастного случая или ошибки, наконец, сама атмосфера страдания и горя, окружающая тебя, – все это непрерывно держит душу в состоянии какой-то смутной, не успокаивающейся тревоги». Со временем врач начинает думать, что лучше будет выработать отношение безразличия к чувствам пациента, но вскоре ему становится понятно, что это непросто. И герой пытался найти золотую середину – как, не принимая чужое страдание слишком близко к сердцу, не стать полностью бесчувственным. Ведь качество эмпатии, описанное Э. Титченером, американским психологом, это «... отклик человека на чувства и ощущения другого, постижение эмоционального состояния другого человека, если можно так сказать». Этимология слова содержит «вчувствование», поскольку слово состоит из корня pathos, означающего «чувство», «переживание», и приставку, означающую «находящееся внутри, в пределах чего-либо».

Вопрос о том, насколько медицинскому работнику следует принимать беды пациентов близко к сердцу, рассматривался А.П. Чеховым в «Палате №6». Автор

показывает, что привычка к чужому страданию и вырабатывающееся вследствие этого отстраненное отношение к больным является естественным следствием опыта работы и, в определенной степени, механизмом защиты самого врача.

Примеры «профессионального» равнодушия приводятся Л.Н. Толстым в повести «Смерть Ивана Ильича», однако, кажущаяся необходимой для исполнения работы врача дистанция от пациента может превысить меру и привести к попаданию в полный тупик нарушенного взаимодействия. Несмотря на невозможность прожить за пациента все его эмоции и проблемы, очевидно, что ни отношение полного безразличия к ситуации пациента, ни избегание обсуждения ситуации не может приводить к продуктивности взаимоотношений «медик-пациент».

Предвидение будущего взаимодействия видно на примерах литературы XIX века, когда классики вплетали в свои сюжеты различные варианты того, что сейчас называется «скриптами». Это определенные устойчивые схемы разговора с пациентом с «готовыми» возможными вариантами ответов пациента. Так, кто-то из медиков просто игнорирует важнейший для пациента вопрос о степени серьезности своей болезни; другой автоматически произносит привычное для него выражение «что вот вы там чего-то напугались, а мы сейчас вам все устроим» даже в адрес смертельно больного; третий любит говорить: «Эти больные выдумывают иногда такие глупости»; четвертый на вопросы пациентов отвечает: «Я уже сказал вам то, что считал нужным и удобным … Дальнейшее покажет исследование». Пример таких «скрипт» показывает не только неэффективность, но и возможность провоцировать и индуцировать развитие конфликта (гл.1).

Исследователи литературного наследия русских писателей-медиков считали, что существовало, по мнению К. Богданова, «дублирование» социальных функций врача и священника в России. Медицинский работник, прекрасно зная, что пациент иногда может доверить только ему определенные личные моменты, должен учиться использовать это доверие для выстраивания продуктивного диалога, продуктивной стратегии лечения.

В.В. Вересаев говорит о необходимости взаимной поддержки – это тоже одно из слагаемых успеха в медицине. Поддержка в медицинской среде – это то, что необходимо каждому: в профессиональной стратегии, в стремлении к лучшему исходу для пациента, в развитии медицины; в обеспечении любого вида коммуникаций, будь то общение с пациентами или взаимодействие с коллегами.

Крупнейший французский хирург Рене Лериш писал: «…хирург живет хирургией. Тяжелая необходимость…Насколько лучше чувствуешь себя перед самим собой, когда можешь дать царственный подарок – здоровье, отдавая только себя без того, чтобы дар был оплачен…» И этот посыл – тоже часть системы коммуникации, системы взаимодействия медицинского работника и пациента.

Как следует из приведенного, классики литературы, работавшие врачами, учили видеть в пациенте собеседника, понимать не только чувства, но и специфику каждой ситуации, предлагать думающее сочувствие, эмпатию в медицину.

Например, как поступать, если рекомендации медицинских работников полностью игнорируются, если некоторые люди убеждены в их бесполезности и кажется, что дальнейший диалог невозможен. А.П. Чехов описывает и такую ситуацию: жена больного в период эпидемии холеры отказывается дезинфицировать дом. Этот пример показывает, что иногда между усилиями врачей и представлениями населения может существовать пропасть. Автор показывает вариант выхода: не авторитарным поведением, а желанием добиться доверия своих пациентов, возможностью переломить ситуацию. Для этого необходимо большое терпение: один из героев-врачей при пренебрежении к его назначениям снова и снова объясняет, что нужно делать, какие меры предосторожности необходимо соблюдать, вновь убеждает жителей в том, что он хочет помочь. Таким образом, он медленно добивается доверия, люди начинают к нему обращаться.

Многое из того, что обсуждается в В.В. Вересаевым в «Записках врача», остается актуальным в настоящее время, хотя и учитывается, что за последнее столетие в области медицины и организации здравоохранения многое изменилось.

Современные исследователи уделяют внимание задаче возрастания эффективности лечения. Вишневская В.П. (2004) ввела понятие «образа болезни» как многомерного психологического понятия. Оно включает внешнее и внутреннее информационное поле, отражающее эмоционально-когнитивное отношение пациента к собственному заболеванию, причинам его возникновения, изменившейся социальной ситуации и выступлению в роли фактора, определяющего особенности формирования и терапии психосоматической патологии, образа жизни, поведения и деятельности личности. Исследователь рассматривает «образ болезни» как позицию пациента, отраженную в его психическом и соматическом сознании на эмоциональном, чувственном и когнитивном уровне. Это значит, что у каждого человека в результате болезненных ощущений, эмоций формируются свои представления, восприятия, воображения, анализ своего состояния, причин заболевания и прогнозов его развития. «Образ болезни» как явление рассматривается автором в ракурсе нескольких отношений: врача – психолога – пациента – социума (общества, семьи). Подобный комплексный подход обоснован, поскольку каждый человек действительно рассматривает проблему своего здоровья через призму личного восприятия, и его представление о болезни может не совпадать с представлениями медицинского работника. Для преодоления этого барьера следует учитывать факт возможности такой разницы, стараясь сформировать у пациента настроенность на сотрудничество с врачом и МС в целях выздоровления.

Времена меняются, современный пациент – не пассивный потребитель медицинских «советов» и иногда противостоит авторитарности экспертов. Это значит, что нужен не монолог медика, а интеграция знаний и усилий с объяснением совместно принятых решений обеих сторон делового общения для достижения максимальной эффективности в лечении или предупреждения болезни. Эффективный диалог об этом будет успешным не только для каждого пациента, но и для общества. В системах здравоохранения стран мира происходит развитие помощи, ориентированной на пациента «…которая реагирует на индивидуальные предпочтения, потребности и ценности пациента и гарантирует, что ценности пациента определяют все клинические решения».

Уровень удовлетворенности пациентов повышается, когда медицинский работник знает потребности пациента и возможности лечения, учитывает индивидуальные знания пациента о болезни, о методах лечения, использует его личный опыт преодоления и представления самого больного человека о перспективах. Это снижает разрыв между ожиданиями врача и пациента, обеспечивает «комплайенс»* (приверженность), то есть степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями врача, уровень взаимодействия, восприятия рекомендаций, оказывает положительное психологическое воздействие на пациента.

Не стоит забывать о работе с ближним окружением, поскольку семья – основной источник поддержки для пациентов, страдающих онкологическим или другим смертельно опасным заболеванием (ВИЧ/СПИД, расстройствами психики, сексуальной сферы). Врачи испытывают эмоциональное напряжение в сложных ситуациях и иногда не знают, как правильно поступить при затруднениях человеческого взаимодействия. Сфера медицинской деятельности человека сопряжена с «профессиональным риском»*, формируемым условиями труда, биологическим состоянием здоровья и рядом вредных производственных факторов химической, биологической, физической природы, а также психоэмоциональной и интеллектуальной нагрузкой вследствие невозможности удовлетворения собственных потребностей.

Психологи советуют помнить, что иногда ситуацию может разрядить юмор. И.М. Горбачева и Е.В. Гришанова (2018) считают, что смеховая коммуникация — один из важнейших компонентов социального процесса общения врача и пациента. Смеховое

взаимодействие врача и пациента снижает драматизм негативных явлений общественного бытия, является одним из механизмов социального единения, поэтому она востребована.

Взаимодействие врача и МС с пациентом – настоящее искусство, которое медицинскому работнику следует развивать и которое должно быть индивидуальным для конкретного человека. Опыт старших коллег, на который опираются медицинские работники, важен, но искусству общения, достижению эффективности следует постоянно учиться. Развитие способностей и навыков коммуникации – важная часть дополнительного медицинского образования взрослых. Гиппократ говорил: «Лечи иногда, лечи часто, утешай всегда». Этот девиз остается актуальным для наших современников. Способности медицинского работника обеспечить психологический и душевный комфорт пациента посредством своего присутствия, правильной интонации и слов – фундаментальный компонент хорошего уровня оказания медицинской помощи, центральной фигурой которой является пациент.

Достижение основных целей взаимодействия с пациентом – выстраивание доверительных межличностных отношений, облегчающих обмен информацией, для включения пациента в процесс принятия решений и его эмоциональная вовлеченность, возможны только при наличии профессиональных коммуникационных и межличностных навыков медицинского работника. Эти навыки включают четкое понимание, какого эффекта врач (МС) хочет достичь, индивидуальный подход, способность получить информацию для постановки точного диагноза, для анализа поведения пациента и различных факторов риска, а также выработки своей тактики, способности осуществить адекватное консультирование, дать лечебные инструкции и установить сочувственные отношения с пациентами, снизить ощущение его тревоги. Ближайшей задачей в дополнительном обучении сестринских руководителей является совершенствование навыков по эффективной коммуникации и взаимному сотрудничеству, наряду с другими (экспертной, адвоката, доказательной практики).

«Исследуя больного помни, что в это же время больной исследует тебя».

М.Я. Мудров

Резюме. Классики мировой и русской литературы-медики предложили читателям сложность проблемы медицины и биомедицинской этики во всей полноте. Эффективная коммуникация обеспечивается высокими стандартами, развитие которых в медицине наблюдаем на протяжении столетий.

Смехотерапия и День Красного носа – примеры позитивного общения не только больных людей для сохранения гармоничного состояния и ощущения радости бытия. Привнесение юмора в повседневность лечения тяжелобольных пациентов является новым элементом эффективной коммуникации. В настоящее время география применения смехотерапии в медицинских целях от урологии, сексопатологии, гинекологии до косметологии расширена.

Успешность коммуникации «медицинский работник – пациент» зависит от обеспечения информацией, полезной для укрепления здоровья, развития у пациента приверженности к здоровью, доброжелательного восприятия людьми друг друга в процессе лечебного взаимодействия, понимания причин заболевания, целей лечения, психологической поддержки, взаимодействия и постоянного образования врачей и МС. Знаменитый хирург и организатор здравоохранения Н.Н. Бурденко приветствовал идею постоянного поддержания врачующих в эффективном состоянии готовности к помощи: «Всегда вперед, после каждого совершенного шага готовиться к следующему, все помыслы отдавать тому, что еще предстоит сделать». Известные писатели-медики прямо или косвенно помогают медицинским работникам найти верные пути помощи пациенту, в динамике развития от пациента-собеседника в XIX веке до партнера в настоящее время.

Вопросы для саморазвития

1. В чем отличия отношения к пациенту в период античности, в трудах философов Греции, Китая по сравнению с работами ученых Европы начала XX в.?
2. Каково ваше отношение к умению общаться с людьми для медицинских работников?
3. Какие три ошибки в общении выделены Конфуцием, и какова их актуальность в настоящее время?
4. Устарел ли посыл хирурга Р. Лериша о труде врача?

2.2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБУЧЕНИЯ УСПЕШНОМУ ОБЩЕНИЮ В МЕДИЦИНСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ США, ФИНЛЯНДИИ, ИЗРАИЛЯ, РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Обучение профессиональному взаимодействию посвящено значительное время в медицинском образовании многих стран мира, ознакомлению с наиболее известными из моделей посвящен данный раздел.

Эффективной считают коммуникацию, при которой происходит взаимное получение информации, особо важное для лиц публичных профессий.

> ***«Если и есть какой-либо секрет моего успеха, то он заключается в умении понять взгляды другого человека и научиться смотреть на вещи, как с его, так и со своей точки зрения».***
>
> ***Генри Форд***

Интересен опыт приобретения навыков успешного взаимодействия медицинских работников и пациентов в разных странах, остановимся на его анализе в медицине. Известными в мире моделями обучения медицинских специалистов, являются германская модель (ФРГ) и англосаксонская (Великобритания, Канада, США). Продолжительность программ обучения англосаксонской модели колеблется от 4-5 лет (США), до 5-6 лет в Великобритании, Польше, Российской Федерации. Допуском к самостоятельной практике является резидентура 3-5 лет (Канада, США) и 1-6 лет в Великобритании.

Медицинское образование в США соискатели профессии на платной основе получают за 4 года в медицинских школах, аккредитованных Комитетом по Связи по медицинскому образованию, финансируемых из бюджетов штатов, где они расположены и дающих преимущества для жителей данного места жительства.

Школьник не может подавать заявление на поступление в высшие медицинские школы США, только после степени бакалавра в одном из 120 многопрофильных или в специализированных сестринских колледжах. Параллельно с этим он может пройти программу подготовительных курсов, как ранее, в 80-х годах, в Республике Беларусь. На последнем году обучения в колледже студенты, желающие поступать в медицинские школы, должны сдать тест MCAT (Medical College Admission Test), баллов от которого недостаточно, необходимо иметь рекомендательные письма (проводить работу в научных обществах, работать волонтером, опубликоваться в научном журнале), написать эссе и пройти сложное собеседование. Именно этот этап подготовки дает соискателю навыки взаимодействия с разными людьми, необходимые для публичной профессии. Половина срока учебы отведена лекциям и лабораторным занятиям, клиническая практика с 3 года обучения занимает оставшуюся часть времени. Особенностям общения медицинского работника с пациентом учат на практике в госпиталях, школах, коммунальных агентствах, центрах для бездомных.

Отличительной особенностью взаимодействия в медицине является мнение о том, что пациент и врач – партнеры с высокой степенью доверия врачу и с учетом субъективного мнения не всегда правого пациента, что может искажать картину болезни в силу традиции лечить не больного в целом, а восстанавливать функции отдельных органов. Лечение в целом проводится узким специалистом согласно Калгари-Кембриджской модели коммуникации (1996 г.), основанной на эмпатии. Это традиционная модель, включающая знакомство и начало консультации, сбор анамнеза, осмотр, разъяснение и планирование, завершение консультации. «Три четверти людей, с которыми вы завтра встретитесь, жаждут сочувствия. Проявите его, и они поймут вас!» считал Дейл Карнеги.

На смену этой модели приходит модель «болезнь – опыт болезни», при которой уделяется внимание психологическим аспектам болезни и ее последствий на этапе сбора анамнеза. Важное место во взаимодействии медицинского работника с пациентом в США отводится этапу разъяснения. Эффективное общение полезно пациенту и врачу (МС),

именно поэтому врачи производят многократную проверку на предмет полного получения представления о жалобах пациента. Типичный вопрос ВОП пациенту при сборе анамнеза и жалоб: «Есть ли ***что-то*** еще, чем вы хотели бы сейчас поделиться?».

При изучении учеными общения медицинских работников с больными людьми обнаружено, что пациент во время консультаций выступает как партнер, «эксперт», поскольку никто лучше него не расскажет о причине обращения за помощью, работе его организма, о его недуге. При сборе информации на консультации врач не ограничивается сбором фактов у пассивного пациента, а использует медицину, ориентированную на пациента (Stewart et al., 2009). При этом изучают не только болезнь, но непосредственный опыт болезни пациента, базируясь на видоизмененном клиническом методе с пониманием не только болезни, но самого пациента («пациент-ориентированная медицинская консультация») (McWhinney et al., 1989). В этой связи ВОЗ рекомендует использовать помощь, ориентированную на пациента (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной медицинской помощи, ориентированной на пациента (ВОЗ,2008)

Традиционная амбулаторная помощь в клинике или поликлинике	Программы борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на пациента
Первоочередное внимание болезни и ее лечению	Первоочередное внимание заболеваниям, имеющим приоритетное значение	Первоочередное внимание потребностям пациента в области медицины
Взаимодействие ограничивается моментом консультации	Взаимодействие ограничивается рамками реализации программы	Длительные личные отношения
Эпизодическая медицинская помощь	Предусмотренные программой меры борьбы с заболеванием	Всеобъемлющая непрерывная помощь, ориентированная на пациента
Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации	Ответственность за достижение целей в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения	Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Пользователи являются потребителями приобретаемых ими услуг	Группа населения является объектом, на который направлены меры по борьбе с заболеванием	Люди являются партнерами, участвующими в решении вопросов, касающихся их собственного здоровья и здоровья общины

Известна статистика жалоб пациентов в США. В 20% случаев с пациентом не обсуждалось назначение лекарственных средств, в 80% не обсуждалась доза, в 90% не оговаривалась продолжительность курса лечения, в 79% пациенту были непонятны медицинские термины, но он в этом не признавался, в 10-90% случаев пациенты игнорировали медицинские рекомендации.

В Женеве был представлен доклад ВОЗ (2016) о статистике в 2014-2015 гг. по 19 странам о нападениях со стороны пациентов на медицинские учреждения и их сотрудников, составившей 600 актов агрессии, в результате которых погибло более 900 медицинских работников. Психологическое или физическое насилие, унижение чести и достоинства

врача (МС) обусловлены потребительским отношением пациентов к медицине и снижением престижности профессии.

Не эффективными признаны короткие, нелогично выстроенные беседы, во время которых врачи (МС) пренебрегают мнением пациента, не разъясняют доступно диагноз, не проявляют эмпатию и не реагируют на эмоции больного, что побуждает их жаловаться.

Изучение консультаций ВОП США и Великобритании показывают, что примерно в половине случаев не выявляется проблема пациента, поскольку в начале рассказа больного человека, в среднем спустя 19 секунд, врач перебивает его и уточняет жалобы. Известно, что примерно треть российских врачей считают, что если пациента не перебивать, то время будет потрачено неэффективно. В итоге медицинский работник обращает внимание на первые жалобы, детализируя их, что приводит к тому, что проблема, с которой пришел пациент, часто оказывается не выявленной. В США учат фасилитации*, то есть организации общения, при которой врач (МС) вербальными и невербальными сигналами поощряет рассказ пациента. Чем дольше не перебивают человека, тем больше важной клинической информации получают от пациента, при этом медика учат умению стимулировать собеседника к рассказу, подавая, невербальные сигналы, например, кивая в знак согласия, наблюдая за откликом. Исследователи отмечают, что при использовании фасилитации пациенты больше удовлетворены общением с врачом (МС) и предъявляют меньше претензий. Кроме того, это приводит к улучшению качества получаемой от пациента информации.

Повышение квалификации врачей и МС в США проводят профессиональные ассоциации (конференции или краткосрочные курсы); медицинские образовательные агентства; госпитали, центры и больницы; учреждения образования (университеты) и частные преподаватели с лицензией.

ФИНСКАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

В Финляндии обучение и профессиональная деятельность медицинского персонала регламентируются законом (в т.ч., Законом о профессиональной деятельности и положением о медицинских специалистах), основывается на директивах Европейского союза (2005/36/ЕС), по своим требованиям совпадает с другими странами Европы.

Профессионально работать в качестве среднего медицинского персонала может только специалист, имеющий среднее медицинское образование и лицензию, выдаваемую «Валвира». Эта организация регистрирует всех лиц, получивших право заниматься профессиональной медицинской деятельностью, в реестре «Терхикки», а также содержит базу данных зарегистрированных средних медицинских работников. Разработкой требований по квалификационным навыкам выпускников профессиональных медицинских вузов занимается Министерство образования. Квалификацию среднего медицинского персонала получают выпускники профессиональных вузов в области социального обеспечения и здравоохранения, обучающиеся по программе сестринское дело. Необходимым условием для поступления в профессиональный вуз является свидетельство о полном среднем образовании. Тем, кто имеет неполное среднее образование, следует сначала получить базовое профессиональное образование (3,5 года), например, базовое образование в области социального обеспечения и здравоохранения. Общий объем учебной программы составляет 210 учебных баллов, где один балл соответствует в среднем примерно 27 часам работы студента. Ученая степень среднего медицинского персонала – это средний медицинский работник (АМК – университет прикладных наук), Бакалавр в области здравоохранения (Bachelorof Health Care). Получение квалификации среднего медицинского работника также является составной частью подготовки патронажной сестры, акушера и специалиста по скорой и неотложной помощи. Обучение среднего медицинского персонала состоит из базового и профессионального образования, практики,

предназначенной для развития профессиональных навыков, дипломной работы и экзаменов, а также факультативных курсов по выбору. Основная цель образования состоит в том, чтобы создать общую профессиональную базу, необходимую для практической работы, взаимодействия с другими специалистами и дальнейшего совершенствования по специальности.

Направления обучения – это самосовершенствование, этика, навыки межличностного общения, развивающие практические навыки, организационные и социальные навыки, а также навыки работы в многонациональной среде. Препятствием при межкультурном общении могут стать акцент, жаргон, фамильярность, толкование невербальной коммуникации в разных культурах, выражение эмоций, воззрения на причину болезни, ожидания, интимные вопросы, предубеждения. Во многих культурах принято ожидать от врача патернализма, а от консультации – ориентированности на врача (Lamiani et al., 2008). Ошибкой может стать приписывание пациенту мировоззрений всей расы или культуры, поэтому главное – выяснение уникальной позиции и опыта заболевания каждого конкретного пациента (Kai et al., 2007), в связи с чем, в Финляндии медицинских работников обучают элементам культурной компетентности.

В работе среднего медицинского персонала необходимы навыки разных уровней, умение владеть информацией, а также соответствующие личные качества и сильные стороны. В профессиональных требованиях к среднему медицинскому персоналу особое внимание уделяют навыкам общения. Им отводится от 8% до 84,6% в разные годы обучения, теоретическим знаниям и умению применять их на практике – 39,8%, а также ответственности и способности самостоятельно принимать решения – 71,8%. Профессионализм медицинского работника предполагает внимательность, уверенность в практических действиях и в принятии решений. Для выполнения многих профессиональных задач также требуется инициативность и хорошие организаторские способности.

Преимущественное значение для среднего медицинского персонала в Финляндии имеет хорошее знание иностранных языков (принято двуязычие: английский и шведский) и культурных традиций. Средний медицинский персонал должен быть готов к исследовательской работе и поиску информации, должен уметь руководить. Совершенствование профессиональных навыков должно основываться на изученной информации об уходе за больными, базироваться на научной информации, полученной в ходе исследований, направленных на изучение сестринского дела. По результатам научных исследований разрабатываются инструменты для практических и учебных целей, а также теории, описывающие и поясняющие уход за пациентами.

Профессионал в области медицинского обслуживания должен обладать специальными знаниями. В частности, это знания в области этики, содействия здоровому образу жизни, процедуре принятия решений по уходу за больными, методам инструктажа и обучения, по взаимодействию с другими специалистами, медицинским исследованиям и развитию, а также по системе управления, особенностям работы в многокультурной среде, общественной деятельности, практическому уходу и медикаментозному лечению больных (17,9%).

В программе обучения профессиональная практика составляет 90 баллов, что соответствует требованиям к практическому обучению Директивы парламента и Совета Европы о признании профессиональной квалификации 2005/36/ЕС. При этом практика в объеме не более15 учебных баллов может происходить непосредственно на базе вуза, но может осуществляться в форме аудиторных занятий и в форме стажировки в различных медицинских учреждениях, больницах и поликлиниках. 15 баллов практики составляет дипломная работа. Центральное место в обучении МС занимает базовый и профессиональный уход за больными. Программа включает базовый теоретический курс по сестринскому делу (6 баллов), практический курс по сестринскому делу (75 баллов), курс по информатике (6 баллов), по исследованиям и развитию в области медицины (15 баллов),

курс по коммуникативным и языковым навыкам, по обществоведению (6 баллов), также курс по естественным наукам и медицине (15 баллов). Профессиональная практика 75 баллов (в т.ч. по медикаментозному лечению – 9 баллов, по профилактике ИСМП – 6 баллов) в стационаре приносит 90 баллов, на диплом выделено 15 баллов, на факультативные занятия 3 балла. Минимальное количество учебных баллов (ECTS) составляет 117 баллов.

Обучение строится на этических ценностях по правам человека, здоровье, равенстве, ответственности и свободе, справедливости и праве роста и развития.

Ключевыми принципами образования в Финляндии являются ориентация на человека, партнерство, гибкость, смелость, пытливый подход к работе и самосовершенствование, участие, результативность и эффективность.

Документация пациента регистрируются, как правило, в электронной форме. Использование и передача этой информации регулируется отдельными правилами. В настоящее время в Финляндии осуществляется общенациональный проект электронной передачи данных в сфере социального обеспечения и здравоохранения, направленный на создание службы электронного архивирования данных пациентов и рецептурного центра, которые лягут в основу информационной службы системы здравоохранения. Электронная регистрация работы по уходу за больными людьми проводится на базе общенациональных терминов, классификаций и кодов.

Объединяющим моментом для образования в целом служат положения четвертого фундаментального принципа Великой хартии университетов, принятые на заседании Европейской организационной группы по сближению образования стран Европейского региона (Франция, Болонья, 1988) (Ветохин С.С., 2014).

БЕЛОРУССКАЯ МОДЕЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

В Республике Беларусь продолжительность базовой подготовки МС в вузах составляет 4-5 лет, соответствует европейским стандартам, в очной форме с получением квалификации «Медицинская сестра с высшим образованием». По ряду специальностей в медицинском колледже продолжительность обучения колеблется от 2 г.10 мес. (Лечебное дело), 2 г.6 мес. (Зубопротезное дело, Медико-диагностическое дело, Медико-профилактическое дело), до 1 г.10 мес. (Сестринское дело, Лечебный массаж).

В Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы предусмотрена возможность подготовки МС с высшим образованием II ступени в магистратуре по специальности «Сестринское дело» с профилями «Общественное здоровье и здравоохранение», «Научно-исследовательская, педагогическая деятельность», «Медицинская реабилитация», «Валеология», «Диетология». Это является примером приверженности к ценности среднего медицинского персонала и его роли в оказании ПМП, учтенные в декларациях, принятых по совершенствованию сестринского образования (Вена,1988; Мюнхен,2000).

Действует система повышения квалификации, при которой оптимальным количеством часов для присвоения новой квалификационной категории руководителей и специалистов с высшим медицинским (сестринским) образованием является объем не менее 160 час. Для подтверждения имеющейся квалификации нужно 100 час., для лиц, не имеющих квалификационной категории – не менее 80 час.

В новых программах ПК «Управленческие аспекты в деятельности главной медицинской сестры» и «Этико-правовое обеспечение деятельности главной медицинской сестры» на 2022 г. вопросам деловой коммуникации отведено 27,5%, по сравнению с 2015 г., когда было 15% вопросов профессионального взаимодействия.

Преемственность непрерывного профессиональное образование начинается с завершения базового (вуз) и длится на протяжении активной профессиональной деятельности МС, она необходима в связи со значительной скоростью изменений в

практике современной медицины, включает самообучение и самоконтроль, в качестве профессиональной гарантии качества помощи. Используемая в Республике Беларусь типология ЮНЕСКО позволяет систематизировать содержание и структуру непрерывного профессионального медицинского образования (формальное, неформальное, информальное) каждого из видов обучения.

Практико-ориентированное здравоохранение, развиваемое в настоящее время, как подход к планированию, оказанию медицинской помощи и оценке системы здравоохранения, основанной на двухстороннем выгодном союзе между учреждением как поставщиком медицинских услуг, пациентами и их семьями, вовлекает людей во все этапы в индустрии здоровья на основе партнерской культуры взаимодействия.

Изученная ранее сфера интересов МС выявила и подтвердила исследования других авторов, свидетельствующие о пожеланиях в тематике дополнительного образования МС учесть интерес к обретению стрессоустойчивости, профилактике синдрома эмоционального выгорания, конфликтов и поведению МС в работе с трудными пациентами, приверженности к лечению и умению слушать и понимать пациента.

В Республике Беларусь внимание государственной образовательной политики направлено на формальное обучение, а за рубежом -- к среде информального образования для социализации личности, формирования коммуникативных навыков, особо важных в геронтологии для социальной адаптации (реабилитации) лиц с особенностями развития (Чехия, Польша, Венгрия, Израиль, Финляндия). Тенденцией в образовании МС в странах Европейского региона и в Республике Беларусь является контроль качества образования и наличие единых оценочных критериев.

Резюме. Система непрерывного профессионального развития МС с высшим образованием в Республике Беларусь и в различных странах Европейского региона имеет ряд общего, но и национальные особенности, базируется на возможностях государства и запросах людей с целью улучшения своего здоровья. Сравнительный анализ базового и дополнительного медицинского образования МС в Республике Беларусь и за рубежом выявил основные тенденции, сходные для современного состояния обучения в мире, состоящие в практической ориентированности и развитии навыков эмпатического взаимодействия врача, МС и пациента.

Установлено значительное внимание к обучению эффективной коммуникации врачей и МС в ряде государств мира (Финляндия, США) и Республике Беларусь (до 24%). Использование технологий эффективного взаимодействия врачей и МС с пациентами и друг с другом в ходе непрерывного обучения является одной из задач, поставленных для развития сестринского дела в Концепции.

За счет внимания к обучению эффективному взаимодействию с пациентами и друг с другом, заложенному в основных компетенциях, качество деятельности врача и МС может быть выше.

Вопросы для саморазвития

1. В каких странах вы считаете приемлемыми программы обучения МС для использования в Республике Беларусь.
2. Каковы особенности подготовки медицинских кадров высшей квалификации в Республике Беларусь согласно действующему законодательству.
3. Перечислите основные внешние и внутренние факторы мотивации к повышению квалификации МС.
4. В чем значимость деклараций Венской (1988) и Мюнхенской (2000) конференций по сестринскому делу для современного медицинского образования.

2.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА КАК УСЛОВИЕ ПРОВОКАЦИИ КОНФЛИКТА

Последние годы ознаменовались переменами в здравоохранении, обостренными пандемией коронавирусной инфекции. Важной движущей силой этих перемен является растущее недопонимание между врачами (МС) и пациентами. Благодаря успехам медицинской науки произошло увеличение продолжительности жизни людей, вследствие чего сопутствующие и неизлечимые болезни встречаются чаще. Все более важной темой медицины становится качество жизни. Если тяжелую болезнь побороть не удается, только больной знает, что для него важнее всего в оставшееся время. Проблема коморбидности*, когда пациент страдает двумя или более заболеваниями, а обычные методы лечения несовместимы, может быть решаема только пациентом (или его родными) с врачом с выбором правильного решения. Эти новые подходы (ситуационное мышление) требуют понимания того, какие приемы будут более эффективными для достижения целей в данной конкретной ситуации, изменения отношения и пациентов, и медицинских работников. На пациентов ложится больше ответственности; они должны лучше готовиться к консультации с врачом или МС, быть готовыми к общению в ситуации как конкретного набора обстоятельств, влияющих на итог консультации или лечения в текущий период времени.

МС и врачам надлежит выстраивать профессиональные отношения, уметь выслушивать, выявлять причины обращения за помощью, предоставлять информацию, продумывать и принимать решения совместно с пациентом, с другими участниками лечебного процесса — все это в дополнение к хорошему клиническому мышлению и практическим навыкам. Неэффективность лечения при патерналистском подходе врачи относили на счет нерадивости пациента, однако помощь, ориентированная на пациента, рекомендуемая ВОЗ и используемая в практике врачей Европы, не всегда адекватно оценивается самими участниками взаимодействия. Развитие науки о коммуникации людей требует определенных навыков, которым врачам и МС следует учиться и приобретать.

Со времен становления науки врачевания медицинские работники проявляли сочувствие и заботу о пациенте, но появляются иные образцы поведения, требующие определенных навыков общения. Профессиональное общение медицинских работников осуществляется в малых коллективах (группах). Согласно автору (Р. Бейлз) это «любое количество лиц, находящееся во взаимодействии друг с другом в виде одной непосредственной встречи, или ряда встреч, при которых каждый член группы получает некоторое впечатление, или восприятие каждого другого члена...». Взаимодействие является существенным отличительным признаком, отличающим группу от простого скопления людей, наделенных и рядом других характеристик: определенным сроком существования; наличием общей цели (целей); развитием хотя бы рудиментарной групповой структуры; осознанием входящими в нее индивидов как «мы» или своего членства в группе.

Автор (М. Шоу,1981) предложил классификацию *малой группы*, в которой происходит общение медицинских работников с пациентами, по шести категориям. Это зависит от моментов групповой жизни:

1) с точки зрения восприятия членами группы отдельных партнеров и группы в целом;

2) с точки зрения мотивации членов группы;

3) с точки зрения групповых целей;

4) с точки зрения организационных (структурных) характеристик группы;

5) с точки зрения взаимозависимости;

6) взаимодействия членов группы.

К числу важных признаков малой группы (Р. Браун, 1996) относят осознание ее существования (именно как целого) другими лицами, находящимися вне группы. Этим группа признается элементом окружающего мира со всеми вытекающими последствиями в

смысле всевозможных влияний, взаимодействий, противодействий. В еще большей степени связь малой группы с обществом заключена в ее трактовке как элементарного звена структуры социальных отношений, своеобразной функциональной единицы в системе общественного разделения труда. Дополнением к характеристикам малой группы послужит то, что это коллектив, в котором «общественные отношения выступают в форме непосредственных, личных контактов». Существенным штрихом в характеристике группы медицинских работников (команды с единой целью) является высокий профессионализм, причем членам команды присуща высокая степень владения рядом важных прикладных умений, к которым относят:

♦ технические (функциональные) умения, чем шире их диапазон у МС, тем успешнее действует команда;

♦ умение принятия решения проблем. На начальной стадии жизни команды такие умения могут быть у части ее членов, остальные развивают их в процессе работы;

♦ умения строить отношения с другими людьми, эффективно используя разнообразные коммуникативные средства. Таким образом, команду фактически можно считать высокопрофессиональным субъектом совместной деятельности в ходе коммуникации врача (МС) с пациентом.

Классификация малых групп

✓ лабораторные — группы, специально создаваемые для выполнения экспериментальных заданий в лабораторных условиях;

✓ естественные — группы, функционирующие в реальных жизненных ситуациях. Принципиальное различие между группами состоит в том, что в первом случае речь идет о группах, укомплектованных случайными лицами (часто за плату) на время эксперимента, но с его окончанием прекращающих свое существование («пятидесятиминутных», по выражению М. Шоу, 1981). Во втором случае это сложившиеся группы, с определенной историей, характеризующиеся довольно высоким уровнем социально-психологического развития;

✓ организованные (формальные, официальные) группы представляют собой элементарные ячейки организации здравоохранения (ОЗ) для необходимости реализации соответствующих функций в силу миссии учреждения;

✓ спонтанные (или неформальные, неофициальные) группы зарождаются стихийно в процессе общения индивидов, являясь результатом взаимных психологических (эмоциональных) предпочтений участников общения;

✓ открытые — закрытые группы, в основу которых положена степень доступности группы влиянию окружающей социальной среды. В современном мире практически любая малая группа является открытой, но иногда не случайно;

✓ стационарные и временные группы, исходя из фактора продолжительности их существования;

✓ группы членства и референтные группы по степени ее значимости для индивида с точки зрения его ориентации на групповые нормы и ценности, влияния группы на систему его установок. Группа может рассматриваться как место пребывания индивида в социуме, далекое от его установок и ценностных ориентаций, тогда речь идет о группе членства. Группы иного типа, чьи нормы и ценности человек разделяет, соотнося с ней свои установки, делая это вне зависимости от членства в конкретной группе - это референтная группа, иногда она определяется как «группа, в которой человек стремится быть или сохранить членство» (Г. Хаймен, 1942).

Наряду с представленными характеристиками, возможны иные классификации малых групп (М. Аргайл, 1983). В ее основу положена специфика взаимоотношений в естественных жизненных группах, выделяя пять возможных разновидностей: семью; подростково-юношеские группы; рабочие группы; комитеты и группы по решению проблем; тренинговые и терапевтические группы. Прослеживая динамику социального проникновения, выделяют ряд условных этапов, через которые межличностные отношения

в группе по мере интенсификации и расширения актов обмена, проходят в своем развитии (И. Альтмен, Д. Тейлор):

♦ ориентации — отношения пациента с МС носят ограниченный, поверхностный характер, в основном, поведенческий;

♦ пробного эмоционального обмена — контакты часты, но поверхностны (это касается, в частности, обмена между членами диады информацией личностного характера – сбор анамнеза);

♦ полного эмоционального обмена — контакты глубоки, затрагивают личностные структуры участников, имеет место обмен достаточно значимой информацией, но охватывающей ограниченные области взаимодействия МС с пациентом;

♦ установившегося обмена — контакты охватывают разнообразные «личностные области» людей, общающихся в группе, развертываются на интимном и на поверхностном уровне личности. По мере прохождения этих стадий отношения в паре МС: пациент все более синхронизируются, взаимно связываются, растет интенсивность обмена вербальными, невербальными и пространственными типами поведения, имея в виду расположение людей в заданном пространстве (кабинете, палате). В случае несовместимости членов взаимодействия в личностных и поведенческих аспектах в первую очередь имели место нарушения именно в сфере ценностного обмена, и взаимодействие прерывалось на самом начальном этапе, на стадии ориентации.

Важнейшей медицинской проблемой работы МС с пациентом, имеющим хроническое заболевание, является его поддержка в период беспомощности и в профилактике депрессий. Принимая во внимание многообразие задач, стоящих перед МС, она должна уметь налаживать, поощрять и поддерживать общение не только при госпитализации пациента, его переводе или выписке из стационара, обучении и подготовке к процедурам, но и при любом обращении за помощью, в ходе диспансерного динамического наблюдения в АПО. Успеха в этом МС можно достичь, понимая пациента, его реакции на болезнь, других людей. С.С. Юдин писал: «Нехватка знаний – беда поправимая. Нехватка природных способностей более опасна, ибо даже большим прилежанием нельзя восполнить то, чем обделила природа. Выработать любовь к делу, избранной деятельности почти невозможно, как нельзя насильно полюбить человека! Способность реагировать на чужую боль как на чувство вообще нельзя заменить протезом». На осознание себя больным у пациента есть время, называемое «вход в болезнь», имеющее три составляющих: интеллектуальное осознание болезни, переживание болезненной ситуации и поведенческая реакция по выработке стратегии поведения в связи с болезнью (Л.И. Вассерман). Чувство защищенности и благополучия у пациента легче развить, понимая, как болезнь отражается в его сознании. Согласно В.В. Николаевой, существует три уровня отражения болезни в сознании пациента: чувственно-эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный. В связи с этим будет наблюдаться разный тип реагирования на заболевание (Р.Л. Лурье): субъективный (интерпретация диагноза, оценка его тяжести, прогноз и эмоционально-поведенческий ответ) и объективное (информация о смертности при подобном расстройстве, вероятности хронического процесса или инвалидности). Две ипостаси человеческого бытия – физическая реальность и жизненный опыт – влияют на гармоничное самоощущение как индивидуальный выбор человеком смены позиции жертвы обстоятельств на роль творца своей жизни, в чем должна помогать и МС.

Считается, что тип реагирования на заболевание связан с субъективной (Р.Л. Лурье) и объективной оценкой пациентом тяжести заболевания (информация о смертности, вероятности перехода в хроническую форму и инвалидности вследствие болезни).

На субъективное отношение к болезни влияют интеллектуальная интерпретация диагноза, мысленная оценка степени тяжести, прогноза и формирование на этой основе эмоционального и поведенческого ответа. На это влияют социально-конституционные факторы (пол, возраст, профессия), а также индивидуально-психологические компоненты

личности пациента (темперамент, характер, особенности характера и личности). Медицинским работникам следует помнить, что пациент живет одновременно как физическое существо, имеющее индивидуальный жизненный опыт. Гармоничное самоощущение – это индивидуальный выбор, предполагающий смену человеком позиции жертвы обстоятельств на роль творца своей жизни, это способность взять ответственность за жизнь на себя, что требует огромной силы воли. Это имеет смысл стимулировать у пациента эффективным взаимодействием врача и МС.

При конфликтах выявляются беспокоящие пациента чувства (комплекс неполноценности или превосходства (зазнайство), тревога, страх).

Переживания, испытываемые пациентом, могут вести к эскалации конфликтных ситуаций, которые непонятны врачу, сталкивающемуся со страхами пациентов ежедневно. Однако, врачей (МС) нельзя обвинить в черствости, поскольку они тоже работают под давлением вероятности жалоб и обвинений пациента вследствие нереалистичных ожиданий, что ведет к росту напряжения и выгоранию.

Стойкая уверенность человека в неспособности справиться с проблемной жизненной ситуацией проявляется для преодоления чувства собственной униженности, в то время как комплексу «звездной болезни» присуща завышенная самооценка и вера в собственную исключительность. Суть поведения пациента состоит в коррекции своего поведения с целью защиты от слабого места в психическом развитии и неадекватной реакции на уязвленное самолюбие с помощью агрессии на возможное приближение обидчика через сигнал: «Не подходи! Опасно!». Это ограничивает свободу саморазвития.

Тревога связана с активизацией проявления комплекса неполноценности, если не давать разъяснения – она перерастает в страх, для борьбы с которым МС подключают волю и разум пациента, для чего нужно учить управлять своим воображением. Необходимо развитие навыка по умению человека жить в настоящем («здесь и сейчас») через замену страха на модель веры и добра («Я преодолеваю препятствие легко и радостно»).

Реакция на болезнь у людей различна, напомним факторы, влияющие на реакцию пациента из-за болезни:

- особенность и тяжесть самого заболевания (туберкулез, ВИЧ/СПИД, рак);
- особенности темперамента и характера;
- социальные условия и образ жизни (обстановка поддержки, семья, профессия);
- возраст, пол. Известно, что женщины переносят информацию о фатальности заболевания эмоциональнее, а с возрастом – с большей терпимостью.

Известно, что чем более значимо для пациента известие о болезни, тем выше мотивация на ее решение, обусловленная пониманием, переживанием и отношением к проблеме. Оптимизм МС, искреннее желание помочь и юмор благоприятствуют сдержанному общению с пациентом, при этом знание жизненного пути, образование, культурные традиции, способы реализации проблем и преодоление трудностей во многом облегчают передачу информации, взаимное восприятие, взаимодействие друг с другом.

Знание типичных конфликтных личностей из числа пациентов, а также постоянное личностное самовоспитание МС эффективной коммуникации может помочь избежать конфликтных ситуаций.

«Labore et scientia, humanitate et arte» («Трудом и знаниями, человеколюбием и искусством»)
Изречение древних

Выше приведены примеры того, как реагируют на некачественную консультацию пациенты в США, в связи с чем, на медицинских работниках ложится уникальная ответственность прислушиваться и к болезни, и к опыту болезни пациента и не пренебрегать ничем для помощи. Модель «Болезнь: опыт болезни» как более современная не упраздняет научный подход, а лишь добавляет к нему новое измерение. Способность врача и МС помочь пациенту зависит от их умения не только диагностировать, но и входить в положение пациента и поддерживать его в трудное время».

Логичными выводами врача (МС) в модели «Болезнь: опыт болезни» могут быть: признание, что врач является экспертом в диагностике и лечении, а пациент - эксперт в опыте переживания болезни, а также улучшение навыков коммуникации с пациентами. Начало знакомства начинается с традиционных этапов, а вот заключение и выводы о наличии заболевания для части пациентов могут стать триггером негатива, поскольку люди по-разному реагируют на известие о болезни. Любой симптом или сведения о состоянии здоровья формируют у пациента определенный тип отношения к болезни, это означает, что пациенту нужно давать информацию о наличии болезни по-разному, с учетом предположительного типа реагирования. Это справедливо для психических и для психосоматических и соматических заболеваний (онкологических, кардиологических, гинекологических).

> ***«Развитие и образование ни одному человеку не может быть дано или сообщено. Всякий, кто желает к ним приобщиться, должен достигнуть этого собственной деятельностью, собственными силами, собственным напряжением».***
>
> ***А. Дистервег***

Типы личностной реакции пациента на известие о заболевании взяты из методики, предложенной А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым (1980 г.), которая может помочь МС, повседневно помогающим другим людям. Знание предполагаемой реакции на болезнь у конкретного пациента поможет меньше вовлекаться в конфликтные ситуации с ним и его родными, отнестись с большим вниманием, улучшить взаимодействие.

Следует понимать, что тип отношения к болезни относится к динамическим проявлениям, сменяющим и наслаивающимся друг на друга со временем. В реальности у человека сразу несколько отношений к болезни и в разное время на первый план выходит то один тип отношения к болезни, то другой, в зависимости от социального контекста и обстоятельств. Например, на работе – анозогнозический тип отношения, а дома – эгоцентрический.

Гармоничный (реалистичный, взвешенный) тип пациента – человек не имеет склонности преувеличивать заболевание, но и не недооценивает его. Он в состоянии реально оценить возможности и ограничения, стремится активно содействовать успеху лечения, старается облегчить тяготы ухода за собой, при необходимости способен к переключению интересов на доступные ему области жизни при понимании общего неблагоприятного прогноза.

Эргопатический (стенический) тип пациента – «уход от болезни в работу». Сверхответственное, отношение к работе и оно больше, чем до болезни. Пациент начинает работать с большими нагрузками, стремится независимо от тяжести заболевания продолжать и увеличивать темп работы, во что бы то ни стало сохранить социальный и профессиональный статус. Обычно такие пациенты не приходят на консультирование по профессиональным сферам. С ними нужно обсуждать их здоровье, самочувствие, их ресурсы физические, эмоциональные, психические. Многие пациенты с зависимостями имеют этот тип отношения к болезни.

Анозогнозический тип пациента – активное исключение мыслей о болезни и ее последствиях вплоть до отрицания очевидного, отношение к состоянию, как к несерьезному или к случайному колебанию самочувствия. Пациент начинает заниматься самодиагностикой, самолечением, ждать, когда все обойдется. Характерны отказы от обследований, лечения, склонны к нарушению режима врачебных назначений.

Тревожный тип пациента – имеет место высокий уровень тревоги, мнительности в отношении осложнений, прогноза, процедур. Склонны искать консультантов-авторитетов, менять лечащего врача, ориентированы на объективные данные – анализы, заключения специалистов. Вследствие тревоги добавляется подавленное настроение. Часто таким пациентам помимо основного заболевания ставят сопутствующий «тревожно-депрессивный

синдром». Следует работать с мифами и нереалистичными представлениями пациента о заболевании.

Ипохондрический тип пациента – чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных или неприятных ощущениях, постоянные разговоры и демонстрации проявлений. Склонны к преувеличению тяжести симптомов и противоречивы в отношении к болезни: одновременно хотят лечиться, но не верят в излечение, постоянно требуют тщательного обследования, но боятся вреда, плохих последствий, назначений, процедур.

Неврастенический тип пациента – характеризуется поведением по типу раздражительной слабости, для которого характерны вспышки раздражения, пациенты не умеют и не склонны терпеть любые дискомфортные, болевые ощущения, нетерпеливы в обследовании и лечении.

Меланхолический тип пациента – не верят в выздоровление, у таких пациентов формируется депрессивный синдром вплоть до суицидальных мыслей, сомнения в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных. Это тот случай, когда врачи, например, уверяют: вы вылечились от инфекции, а человек не верит, плохо себя чувствует и утверждает, что где-то в глубине организма остался очаг воспаления и продолжает болеть. Отношение пациента к болезни похоже на ипохондрический тип, но более выражено.

Апатический тип пациента – полное безразличие к судьбе, исходу болезни, результату лечения, пассивное подчинение процедурам и лечению. Характерна утрата интереса к жизни и межличностным отношениям, вялость поведения. Пациенты иногда перестают соблюдать режим и назначения врача, тогда требуется консультация психиатра, иногда госпитализация в специализированный стационар.

«Для общения нужно стремиться к людям. Чтобы они тебя приняли, ты должен быть им нужен, интересен. Но чтобы быть таким, надо быть личностью, отличаться от всех. Получается, чтобы быть со всеми, надо не быть со всеми. Увы, из этого изначального парадокса произрастают все человеческие проблемы».

П.С. Таранов

Сенситивный тип пациента – чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность тем, какое впечатление болезнь произведет на окружающих, боязнь быть неполноценными, почувствовать недоброжелательное отношение со стороны окружающих, стать обузой близким. Часты колебания настроения в межличностных контактах.

Эгоцентрический (истероидный) тип – пациент ищет выгоды в связи с болезнью, легко выставляет напоказ близким и окружающим людям свои страдания с целью вызвать сочувствие, завладеть их вниманием, требует исключительной заботы, все разговоры переводятся только на себя и на тему заболевания.

Паранойяльный тип – пациент уверен, что болезнь является результатом внешних причин, чьего-то злого умысла. Характерна крайняя раздражительность и настороженность - к разговорам о себе, к лекарствам, к процедурам. Такие пациенты приписывают все сложности злому умыслу врачей, персонала и их халатному отношению, в связи с этим склонны обвинять, требовать наказания, пишут жалобы, подают на врачей в суд, сюда они относит также порчу, сглаз.

Дисфорический (агрессивный) тип пациента – он гневлив, демонстрирует мрачное озлобление, зависть и ненависть к здоровым людям, включая родных и близких, вспышки злобы, вплоть до деспотизма по отношению к близким. Не только пациенты могут провоцировать конфликты, но и МС, не владеющие навыками эффективного взаимодействия с пациентами.

Одной из проблем взаимодействия является негативизм со стороны больного человека, под которым понимают «общую установку, характеризующуюся сопротивлением предложениям других (пассивный негативизм) и тенденцией действовать способами, противоположными указаниям (активный негативизм)» (А. Ребер). Причинами отказов пациентов от взаимодействия с МС и лечения могут быть обусловлены также реальными обстоятельствами жизни (финансовыми проблемами), особенностями личности (замкнутостью, заниженной самооценкой), тяжелыми личностными переживаниями, недоверием, опасениями, страхом, чтобы не стало хуже (прил.10).

С целью комфорта общения и для понимания больного в болезни МС полезно знание о том, как он восстанавливает энергию, как принимает решение, какой образ жизни предпочитает, для чего существует шкала предпочтений (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Характеристики шкалы предпочтений человека в зависимости от направленности психических процессов

Восстановление энергии	*Экстраверт* предпочитает черпать энергию из внешнего мира (людей, занятий, вещей)	*Интроверт* предпочитает черпать энергию из своего внутреннего мира (мыслей, эмоций, впечатлений)
Сбор информации	Пациент *сенсорного* типа получает информацию посредством 5 органов чувств, обращает внимание на реально существующее	Пациент *интуитивного* типа получает информацию посредством «шестого чувства», обращает внимание на возможности
Принятие решений	Пациент *мыслительного* типа принимает решение «головой», согласно логике и объективности	Пациент *чувствительного* типа принимает решение «сердцем», основываясь на личном убеждении и субъективных ценностях
Образ жизни	Пациент *решающего* типа предпочитает упорядоченный и распланированный образ жизни	Пациент *воспринимающего* типа предпочитает спонтанный и четкий образ жизни, пренебрегает личным планированием и распорядком дня.

Слово специалиста (врача, МС, психолога) может оказать самое разнообразное влияние на Тело, Дух и Душу человека, о чем писали знаменитые врачи и врачеватели прошлого и настоящего.

Способы обращений МС с пациентами разных типов

✓ С сенсорным типом МС желательно быть точной в изложении фактов, обращаться к прошлому опыту, идти от фактов к принципам, включать детали, документировать речь.

✓ С интуитивным типом пациента МС полезно сосредоточиться на ситуации в целом, искать будущие возможности лечения и реабилитации, использовать воображение пациента, быстро переходить от одной идеи к другой, основывая поведение на реакции больного.

✓ С мыслительным типом пациента МС рекомендуют дискутировать, используя логику, искать причины и следствие, анализировать варианты взаимосвязи болезненной ситуации или проблемы, сохраняя все «за» и «против».

✓ С чувствующим типом пациента МС полезно стремиться установить теплые взаимоотношения, демонстрировать интерес к тому, о чем говорит пациент, определить его ценностные ориентации и учитывать их при обращении, быть готовой к компромиссу, апеллировать к чувствам.

Психологическое состояние пациента в момент сообщения ему диагноза и в ходе лечения представляет интерес с целью облегчения этапа вхождения в болезнь, предотвращения конфликтов, обусловленных болезненным состоянием. Для этого любому медицинскому работнику полезно знакомство с некоторыми правилами и алгоритмами (прил.13). МС должна быть терпимой к странностям, убеждениям, предрассудкам, вере, сексуальной ориентации пациента. Такт, деликатность, выдержка при работе с гинекологическими, урологическими пациентами, больными ЗППП и СПИД, соблюдение врачебной тайны, особо востребованные качества у МС.

«Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом своим почитаю сказать, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почёрпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального человека утешишь, сердитого - умягчишь, нетерпеливого – успокоишь, робкого – сделаешь смелым, откровенным, а отчаянного – благонадежным. Сим искусством сообщается та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метания».

М.Я. Мудров

Резюме. Болезнь может накладывать отпечаток на поведение, реакции и эмоции пациента, в связи с чем, врачу и МС необходимо понимание того, как больной человек будет решать проблему по выздоровлению и помогать ему своим правильным общением. Эффективное поведение при взаимодействии в малой группе врач: МС: пациент благоприятно для выстраивания длительных доверительных отношений, необходимых в динамичном наблюдении за пациентом с хроническим заболеванием на участке ВОП.

Партнерские взаимоотношения на основе сотрудничества подразумевают сдвиг от врачебного патернализма к отношениям взаимодействия на основе навыков персонифицированного партнерства, учете реакции пациента на болезнь (Roter and Hall,1992; Coulter,2002), а также разделяемых ценностях.

При этом важно не путать *уважение* к предпочтениям пациента с *уступками* просьбам об оказании помощи, если они не совпадают с этическими стандартами или с клиническими представлениями врача. Пациент прав не всегда. Партнерство достижимо при условии предоставления врачу (Пвр, МС) необходимой информации с выработкой общего решения с пациентом на основе его культуры и предпочтений с целью улучшения показателей здоровья в повседневной практике, а также имеющихся экономических ресурсов.

Для этого необходимы знания о том, что психологическое состояние пациента может стать условием провокации конфликта и как действовать МС для успешности медицинской помощи, о чем будет информация ниже.

Вопросы для саморазвития

1. Каковы типы личности пациента и их влияние на провоцирование к развитию конфликта?
2. Знаете ли вы предпочтения пациентов в зависимости от направленности его психологических процессов?
3. Влияет ли психологическое состояние пациента на его конфликтность?
4. Известны ли вам правила эффективного знакомства с пациентом?
5. Готовы ли вы следовать требованиям по взаимодействию МС с пациентом?

2.4. МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА: ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ КОНФЛИКТУ

Изменения в базовом и дополнительном образовании средних медицинских работников за значительный период времени свидетельствует о последовательности его трансформации в пользу практической ориентированности, развития партнерских взаимоотношений врача, МС, помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи (Пвр). Возобновление интереса к сестринскому уходу обусловлено демографическими показателями рождаемости и смертности, поэтому внимание к научно обоснованным изменениям качества взаимодействия МС с пациентами объяснимо.

Согласно Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы, одной из задач является обновление содержания медицинской подготовки в колледжах и вузах специалистов со средним специальным образованием в части коммуникации с пациентами, особенно страдающими хроническими неинфекционными заболеваниями (до 2019 г., пандемия этот тезис обновила).

Одним из четырех универсальных этических принципов (помимо милосердия, справедливости и автономии) является полнота оказания медицинской помощи, подразумевающая профессиональное оказание медицинской помощи; профессиональное отношение к пациенту; применение всего имеющегося арсенала здравоохранения для проведения качественной диагностики и лечения; реализацию профилактических мер и оказание паллиативной помощи. Удовлетворенность пациентов Республики Беларусь доступностью, качеством всей системы здравоохранения проявилось тем, что число обращений граждан за 2018-2019 гг. сократилось. В определенной мере это является свидетельством внимания государства к выполнению обязательств перед обществом. Однако, согласно двум актуальным документам: Концепции развития сестринского дела на 2021-2025 годы и Плану мероприятий (дорожной карте) по ее реализации особенно востребованным является развитие навыков коммуникации в деятельности средних медицинских работников как способах профилактики деструктивных конфликтов. Это обусловлено серьезными изменениями в оказании медицинской помощи населению, ускоренным приходом новых информационных технологий, прогнозируемого перераспределения функций Пвр и МС (коммуникативной, доказательной практики, экспертной, коллабораторской, профессиональной, педагогической, нравственной справедливости). Взаимодействие врача, МС и Пвр базируется на компетенциях в области коммуникации. Это знания и навыки по применению сестринского процесса для улучшения состояния пациента, умение общаться с пациентом и его семьей, оправдание действий семьи в пользу пациента, сотрудничество в мультидисциплинарной команде. Исследований и литературы, способствующей осознанию средними медицинскими работниками личностных особенностей, приводящих к конфликту, недостаточно, в связи с чем, целесообразным становится изучение проблемы конфликтного взаимодействия в медицинской среде на научной основе. Преодолению разрыва от научных исследований к доказательным сестринским практикам способствует деятельность МСМС, которая свидетельствует о внимании к выбору правильного вектора движения в развитии сестринского дела в 141 государстве мира.

> ***«Ничто не является для человека такой сильной нагрузкой и таким сильным испытанием, как другой человек».***
>
> ***W. Schmidbauer***

Самое известное изречение о нравственности наиболее полно отвечает сегодняшнему требованию к МС.

Одной из целей МСМС является продвижение этой профессии в мире, поскольку не каждое государство имеет

> ***«Без здравого смысла все правила нравственности непадежны».***
>
> ***Н.И. Пирогов***

обеспеченность МС на уровне 2162 на 100 тыс. населения, как Финляндия, для сравнения в Гаити – 5 на 100 тыс. населения. В Республике Беларусь она составила в 2019 г. 1260 на 100 тыс. населения. Знаменитой англичанкой Флоренс Найтингейл было доказано, что от МС напрямую зависит эффективность лечения пациентов, еще ранее это было доказано практикой создания института Сестер милосердия в России на базе Кресто-Воздвиженской общины великим ученым и хирургом Н.И. Пироговым. Принимая ценности, исповедуемые МСМС, такие как партнерство, всеохватность, инновации, дальновидность, необходимые для изменений в области сестринского дела в период оптимизации системы здравоохранения Республики Беларусь, последовательная политика в области оказания медицинской помощи требует необходимости расширения объема научных исследований, ориентированных на практику в области коммуникаций. Анализ динамики уровня обращения граждан на качество оказания медицинской помощи стал основанием для изучения причин этого явления, зависящих от МС.

На заседании 27 марта 2020 г. МСМС ее президент А. Кеннеди и главная МС ВОЗ Э. Иро озвучили одну из проблем при оказании медицинской помощи пациентам в период пандемии COVID-19: потребность МС в психологической поддержке. Это поможет снизить градус напряжения в работе с пациентами и предупредить конфликты.

28 мая 2021 г. на 74 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в «Глобальных стратегических направлениях укрепления сестринского и акушерского дела на 2021-2025 гг.» объявлен Международный год медико-санитарных и социальных работников. Его лейтмотивом становится признание, что мировое сообщество должно защищать специалистов первичной медицинской помощи и социальных работников, направляя ресурсы на их развитие, декларируемое Концепцией развития сестринского дела в Республике Беларусь. Межведомственное и междисциплинарное взаимодействие является важной задачей дополнительного обучения медицинских и социальных работников и последовательно развивается в научных публикациях.

На качество медицинской помощи влияют не только организационные, административные, правовые требования, но и личностные особенности МС. Изучению особенностей личности медицинского работника было посвящено научное исследование, проведенное на кафедре общественного здоровья и здравоохранения БелМАПО в 2019 г.

Цель: изучение методов по улучшению качества медицинской помощи, пониманию воздействия стресса, культуры и уровня профессионального образования МС на взаимодействие с пациентом, что поможет определить направления образования в области ЭК и конфликтологии и стать методом воздействия на снижение конфликтов между МС и пациентом.

Задачи: изучение и анализ основных причин конфликтности главных (старших) МС, поиск методов воздействия на них для улучшения практического взаимодействия с пациентом.

Материал и методы: статистический, социологический (анкетирования), аналитический.

Оптимизация качества медицинской помощи состоит в совершенствовании дополнительного образования всех средних медицинских работников в области психологии делового общения с применением новых педагогических форм и имеющейся нормативной правовой базы. Наиболее актуальным является Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г.№64 «О правилах медицинской этики и деонтологии». Согласно ряду источников, принцип сдержанности и умение управлять своими эмоциями в процессе взаимодействия с пациентами, а также недопущение негативного влияния личных, семейных и других обстоятельств на исполнение должностных обязанностей МС и Пвр является тренируемым навыком противостояния стрессу. Ресурсы преодоления стресса, которые может и должен использовать специалист при оказании медицинской помощи, состоят в позитивности и рациональности мышления, присущем этим специалистам здравомыслии, эмоционально-

волевым качествам, физическим ресурсам (состояние здоровья и отношение к нему как к ценности, мотивация к здоровому образу жизни).

Результаты и их обсуждение. За период 2018-2020 гг. на основе анкетирования 146 обучающихся главных (старших) МС из всех регионов Республики Беларусь на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования (БелМАПО) проведен анализ возможных причин конфликтности главных (старших) МС.

Взаимоотношения с другими людьми и специфические условия деятельности лиц общественных профессий типа «человек-человек» являются частыми причинами возникновения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). МС вынуждены находиться в атмосфере чужих негативных эмоций; одновременно сочувствуя и успокаивая, они могут становиться мишенью для выражения раздражения и агрессии пациентов и их родственников. Человек устроен так, что не может оставаться абсолютно равнодушными к эмоциональным всплескам со стороны окружающих, он как будто бы «заражается» ими или возвращает обратно («отзеркаливает»). Профилактика СЭВ в профессиональной деятельности главных МС-руководителей и средних медицинских работников особенно актуальна в период эпидемиологической нестабильности, а также из-за возрастания профессиональной ответственности, обусловленной приходом новых технологий.

Проведенное исследование позволило изучить личностные особенности главных МС-руководителей, которые могут влиять на конфликтное поведение. Установлено, что средний возраст анкетированных обучающихся лиц составил 43,8 года. В основном это были жители города – 71,6% и городских поселков 25,3%, проживающих в селе было 3,1%, с преимущественно средним специальным медицинским образованием – 75,7%, высшее было у 24,3% МС.

С целью выявления косвенных факторов, могущих повлиять на уровень конфликтности, определялся семейный статус, большая часть МС была замужем - 68,7%, но у определенной группы анкетируемых семьи не было, что могло быть провокатором негармоничных взаимоотношений МС с пациентами. Не было семьи среди 31,3% анкетированных МС (не замужем - 26,3%; развод – 3,0%; вдова – 2,0%). Замужние анкетированные МС отметили высокую удовлетворенность браком – 96,4%, часть анкетированных отметок об этом не сделали – 3,6%.

Наличие детей в семье может влиять на занятость МС не только при осуществлении профессиональных функций, но и в связи с семейными нагрузками. Установлено, что для 40% МС число детей – двое, у 3,4% имеется трое детей и у такого же числа по одному ребенку. Семья без детей имела место у 20% (причины не уточнялись).

Изучалась удовлетворенность работой, которую испытывают 56,7% анкетированных МС, а 43,3% отмечают не удовлетворенность, что является местом воздействия через мотивацию. Удовлетворение работой и браком среди замужних МС наблюдается среди 90,0% анкетированных. Не удовлетворены своей работой и браком 10,0% анкетированных сестринских руководителей.

Понимание предпочтительности наиболее часто избираемых главными МС стратегий полезно для предупреждения или разрешения конфликта. Установлено, что тактикой приспособления пользуются 46,7% анкетированных, сотрудничество предпочитают 46,7% МС. Тактику преодоления конфликта избеганием используют в повседневной работе 36,7% обследованных лиц, борьбу – 16,6% анкетированных сестринских руководителей. Уход как предпочтительный вариант выхода из конфликта выбрали 10% главных (старших) МС, а компромиссом воспользовалось 10% анкетированных.

Полезным для выполнения цели исследования стало изучение предпочтительных способов организации главной МС своей деятельности на рабочем месте, поскольку основные участники анкетирования – руководители тактического и операционного уровней управления. По тесту организованности у 80,4% анкетированных МС нет четкой

самоорганизации, либо самоорганизация есть, но страдает личная организация работы – у 0,03%. Остальные 19,6% анкетированных лиц не имеют навыков личной организованности.

Выводы по результатам исследования личностных особенностей МС (подтверждаются исследованиями авторов Карасева Е.А., Огнерубова Н.А., Кузнецова А.В.).

1. Возраст анкетированных МС 43,8 лет благоприятен для высокой потребности учиться, и лежит в диапазоне 28-54 лет. Изучение влияния возраста на желание профессиональных достижений, осуществленное в 2018 г., свидетельствует о выявленной достоверно значимой по критерию $\chi 2$ закономерности, влияющей на потребность в успехе у МС в возрасте 26-45 лет против 46-55 летних. На показатель желания высоких достижений у опытных 46-55-летних МС может влиять уровень признания обществом и близким окружением их вклада и профессионализма, этим объясним невысокий показатель низкой потребности в успехе среди категории 26-45-летних анкетированных МС. Возраст значимо влияет на потребность МС в успехе, что следует использовать как фактор мотивации к учебе для достижений.

2. Для мотивации 43,3% главных (старших) МС к успешному развитию в рамках профессии необходимо включение всех трех форм мотивации с такими базовыми факторами (по У. Херсбергу) как компенсационные, организация рабочего места, материальные, информационные. Побудительные мотивы наиболее востребованы у МС в тренингах личностного, профессионального роста, творческой самореализации. Нематериальная мотивация, применяемая в обучении главных МС в виде развития организационной культуры, навыков коммуникации, соревнования, проходит в русле современной социальной политики государства. Предпочтительным, по мнению средних медицинских работников, в настоящее время является материальный стимул.

3. Семья является важной частью жизни средних медицинских работников, в связи с чем, гармонизация законодательства в части защиты семьи и ее ценностей для 31,3% анкетированных МС могло бы стать побуждением к укреплению сексуальных отношений браком и последующим рождением детей.

4. Используемые 46,7% МС методы сотрудничества и приспособления поведения в конфликте с пациентом (врачом, коллегой) являются платформой для гармонии взаимодействия в коллективе. Способ компромисса или ухода от конфликта 10% МС имеет место в силу понимания МС зависимой позиции в общении с врачом и пациентом.

5. Установлено, что 16,6% МС используют борьбу как предпочтительную тактику поведения в конфликте, подтвержденную ранним исследованием о том, что 20% МС имеют заниженный уровень самооценки. Это указывает на область педагогического воздействия не только в период учебы, но и в ходе практической деятельности МС и Пвр, нуждающихся в благодарности и похвале.

6. Предпочтительные способы организации деятельности у 80,4% анкетированных МС, имеющих нечеткую самоорганизацию работы, а также у 19,6% МС, не имеющих навыков организации работы, открывают поле для образования в области менеджмента и ЭК. Это возможно в системе дополнительного образования взрослых при условии увеличения количества часов на курсах повышения квалификации для сестринских руководителей.

Способ превращения энергии конфликта в энергию сотрудничества важен для успешного взаимодействия медицинских работников, он позволяет апеллировать к солидарности и сотрудничеству с другим человеком в противовес озлоблению и ожесточенности, привносимой болезнью одного из участников общения (прил.14,16).

Изменения в области навыков общения людей позволяют сделать вывод о необходимости обучения врачей и средних медицинских работников новым научным исследованиям в области врачебной модели общения (традиционной) и ее отличиям от современной пациент-ориентированной модели общения (партнерской) (табл.2.3). Ниже

предложены способы самообразования врачей и МС (прил.2-9,12), для руководителей (прил.11,14-16).

Таблица 2.3. Особенности, отличающие врачебную модель общения (традиционную) от пациент-ориентированной модели общения (партнерской)

Особенности	Традиционная модель	Партнерская модель
Поведение врача	Патернализм, внимание к заболеваниям, имеющим приоритет у врача	Первоочередное внимание потребностям пациента
Поведение пациента	Пассивные ответы, взаимодействие ограничивается рамками вопросов врача	Готовность к совместному общению и желание нести ответственность за здоровье наравне с врачом, длительные личные отношения
Качество жизни	Приоритеты расставляет врач, эпизодическая медицинская помощь в борьбе с заболеванием	Приоритеты расставляет пациент, всеобъемлющая непрерывная помощь
Содержание подхода к взаимодействию	Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения	Языковое поведение, использование пациентом невербальной коммуникации, учет культурных установок, воззрения на причинность, ожидания, особенностей возраста, пола и пожеланий пациента. Разделенная с пациентом ответственность за состояние здоровья членов общины на протяжении жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Навыки общения	Включают содержание и формы взаимодействия, а проверки восприятия информации пациентом *нет*	Врач (МС) и пациент являются партнерами. Присутствуют навыки содержания беседы, формы взаимодействия, но *добавляется* проверка восприятия через контроль понятых пациентом предположений врача, пациент участвует в решении вопросов собственного здоровья
Особенности общения в зависимости от возраста	Эйджизм в отношении престарелых пациентов	Уважительное отношение

Особенности	Традиционная модель	Партнерская модель
Предложения по сообщению неблагоприятной информации	Прямой подход (новость сообщают в первые 30 сек), постепенный подход (новость сообщают в первые 30-120 сек)	Уклончивый поход (более 2 мин. описание события, оттягивает факт негативной информации или избегает четкого обозначения смысла)
Современный подход к трансляции негативной информации	Объявлять правду в зависимости от пожеланий *родных*	Объявлять правду в зависимости от пожеланий *пациента*
Направление сестринских вмешательств	Удовлетворение пожеланий пациента	Удовлетворение сиюминутных пожеланий пациента с учетом жизненного опыта (адаптационно-ситуативная модель ухода за пациентом)

В ходе профессиональной деятельности медицинские работники воспринимают сигналы от приборов (инструментов) одновременно с симптомами поведения пациента (вербальными и невербальными), что усложняет их деятельность и может приводить к конфликтам. Со словесной частью взаимодействия общение с пациентом упрощается благодаря сравнительной характеристике врачебной модели (традиционной) и пациент-ориентированной модели общения (партнерской). Целостное поведение пациента в определенный период времени тоже нуждается в оценке и ситуативном поведении медицинского работника для улучшения качества общения.

По признаку преобладания у пациента того или иного состояния врач (МС) должны различать:

- состояния эмоционально-волевые;
- состояния с доминированием восприятия и ощущения;
- состояния внимания (рассеянность, сосредоточенность);
- состояния, для которых характерна мыслительная деятельность (задумчивость, озарение, вдохновение) (Вайнштейн Л.А., Гулис И.В., 2018).

Во взаимодействии врача (МС) с пациентом можно выделить психические состояния (по Асееву В., 2018):

- состояния относительно устойчивые во времени (удовлетворенность работой, интерес или безразличие к труду);
- временные состояния (вследствие напряжения);
- периодически возникающие состояния в ходе общения (пониженная готовность к общению, «врабатывание», усталость).

Под умеренным напряжением понимается активность и мобилизация пациента, лучшим является умеренное напряжение, сопровождаемое хорошим самочувствием, умеренными физиологическими изменениями, стабильным выполнением работы с разумным чередованием с отдыхом.

Повышенное напряжение возникает, если пациент попадает в экстремальные условия и выходящие за пределы физиологической нормы (при заболевании). Его повышают несоответствие условий труда, страх, дефицит времени, повышенный риск ошибки, помехи, избыток информации, противоречивые указания. Сюда относят интеллектуальное или сенсорное напряжение, монотонию (однообразная работа), политонию (необходимость частых переключений внимания), физическое (избыток физической нагрузки) или эмоциональное напряжение (риск конфликтов или аварии),

напряжение ожидания (прогноза), мотивационное утомление (выбор решения) или утомление как следствие временного снижения трудоспособности.

При взаимодействии с пациентом медицинскому работнику следует понимать, насколько зрелой в социально-психологическом плане личностью является его собеседник. Авторами предложена классификация психических состояний, позволяющая глубже понимать внутренние побуждения к обращению пациента (табл.2.4).

Таблица 2.4. Классификация психических состояний (Вайнштейн Л.А., Гулис И.В., 2018)

Основание для классификации	Виды психических состояний (крайние формы)	Виды психических состояний (переходные формы)
Источник формирования	Ситуативные (реакция на брань)	Личностно обусловленный (эмоциональная вспышка холерика)
Степень выраженности	Поверхностные (настроение)	Глубокие (страсть)
Эмоциональное воздействие	Положительные (вдохновение) или нейтральные (равнодушие)	Отрицательные (апатия)
Длительность	Кратковременные (секунды, минуты) (аффект) или средней длительности (минуты, часы) (страх)	Продолжительные (часы, дни) (монотония, скука, депрессия)
Степень осознанности	Неосознанные (транс, сон)	Осознанные(решительность)
Степень активации организма	Астенические (усталость)	Стенические (ярость)
Преобладание рассудочного или эмоционального компонента	Эмоциональные (страх) или комбинированные (мобилизация)	Интеллектуальные (сосредоточенность)
Ведущий уровень системного проявления	Физиологические (голод) или психофизиологические (страх)	Психологические (воодушевление)

Период зрелости человека совпадает с трудовой социализацией, когда воздействие на окружение пациент осуществляет посредством своего опыта жизни в обществе, обусловливающего его поведение (идентификацию, подражание, внушение, социальную фасилитацию*, конформность*). Все эти механизмы влияют на поведение и взаимодействие пациента в кабинете врача. Чеповой В. считает: «Как только ты научишься зеркально смотреть на конфликтную ситуацию – не погружаясь в неё по уши, а созерцая ее со стороны – то поверь, она непременно разрешится с минимальными потерями для тебя! Надо всего лишь поставить себя на место другого человека и представить: а что бы ты сам сделал или захотел сделать в данном случае?»

Резюме. Современные образовательные технологии являются действенным способом воплощения идеи непрерывного образования в мире. Воспитание профессиональных навыков, необходимых для оказания качественной медицинской помощи, применения ситуационного подхода к решению проблем пациента при использовании непрерывной профессиональной динамики приобретаемых МС знаний life-long learning (обучение на протяжении всей жизни) реализуется в Республике Беларусь как

основная идея совершенствования сестринского дела. На практических занятиях по предупреждению конфликтов слушателей обучают применению правил бесконфликтного общения, изучению личностных особенностей поведения в конфликте (прил.2-9) и решению ситуационных задач (прил.17) в качестве помощи в личностном саморазвитии.

Вопросы для саморазвития

1. Какие классификации психических состояний пациента вам известны?
2. Какие особенности отличают врачебную модель общения (традиционную) от пациент-ориентированной (партнерской) модели общения?
3. Какой стимул предпочтителен для средних медицинских работников в настоящее время?
4. Перечислите основные внешние и внутренние факторы мотивации к повышению квалификации МС.

РАЗДЕЛ III. МЕДИЦИНСКАЯ КОНФЛИКТОЛОГИЯ

3.1. ВВЕДЕНИЕ В МЕДИЦИНСКУЮ КОНФЛИКТОЛОГИЮ

Изменения, происходящие благодаря процессам цифровизации в обществе в целом, и в сфере здравоохранения, в частности, привели к *трансформации отношений «врач: медицинская сестра: пациент»*. Пациент, столкнувшись с симптоматикой заболевания, зачастую обращается к интернет-ресурсам, в то время, как ранее он с самого начала обратился бы к врачу. A. Ray и V. Pathak-Ray образно называют сложившуюся ситуацию в общении врача и пациента «увяданием» доверия, возникающим при неограниченном доступе к медицинской информации из интернета. Это, в свою очередь, повлекло изменения в медицинской коммуникации. Пациент приходит на прием к врачу зачастую с выстроенным диагнозом и моделью оказания помощи. В такой ситуации медицинский работник в глазах пациента может конкурировать с интернетом только в одном случае, если он обладает сильными профессиональными коммуникативными компетенциями: умениями устанавливать контакт, развивать конструктивные отношения, убеждать пациента, поддерживать его, стимулировать мотивацию к лечению. В настоящее время, к сожалению, недостаточно внимания уделяется этим компетенциям в профессиональной подготовке медицинских работников. Многие исследователи указывают также на развивающуюся *технократизацию медицинского взаимодействия*. Важная диагностическая информация, которую раньше врач мог получить только в беседе с пациентом, подменяется обращением к методам клинико-лабораторной диагностики. *Бюрократизация в области оказания медицинских услуг* усугубляет этот процесс. Перегруженность ведением документации, жесткие протоколы лечения не позволяют врачу сконцентрироваться на взаимодействии с пациентом, что приводит к формализации отношений, к нарастанию чувства неудовлетворенности со стороны пациента. По результатам российских исследований, динамика недоверия в отношениях «медицинский работник-пациент» за последнее десятилетие постоянно увеличивается. В настоящее время 41 % опрошенных пациентов перепроверяют поставленный врачом диагноз. Все вышеперечисленные факторы становятся благоприятной почвой для возникновения конфликтов в медицинской сфере.

> ***«Нет нужды объяснять, в каком тяжелом положении находится врач, к которому не имеют доверия; еще тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия»***
>
> ***Г.А. Захарьин***

Медицинский конфликт может рассматриваться как *организационный конфликт* (организационная психология) или как *межличностный* (социальная психология). С точки зрения организационной психологии в качестве механизмов медицинского конфликта можно выделить *дисбаланс ответственности и власти, функций и средств, прав и обязанностей* во взаимоотношениях медицинского работника и пациента, возникающий при неэффективном функционировании организации. С точки зрения социальной психологии в качестве механизма медицинского конфликта выступает выбор медицинским работником деструктивной стратегии взаимодействия, обращение к психозащитному поведению (агрессивному нападению, оправданию, обвинению, демонстрации превосходства и т.д.).

> ***«Основной целью общения врача с пациентом является выявление конкретной проблемы, связанной со здоровьем пациента, чтобы решить ее вместе».***

Рассматривая медицинский конфликт с точки зрения организационной психологии, опираясь на исследования Прохоренко Н.Ф., можно выделить несколько зон

конфликтности в процессе взаимодействия «врач: медицинская сестра: пациент». Две из них обусловлены личностью медицинского работника:

1) уровнем профессиональной компетентности;
2) уровнем коммуникативной компетентности.

Неудовлетворяющий уровень вызывает недовольство пациента, выражение которого может приводить к конфликту. Третья и четвертая зоны обусловлены личностными особенностями (поведением) пациента:

3) неподчинение пациента правилам распорядка организации здравоохранения;
4) невыполнение пациентом предписаний врачей (МС), связанных с курсом лечения.

Нарушение правил распорядка медицинской организации может сказываться как на состоянии самого пациента, эффективности его лечения, так и на состоянии других пациентов, личностные границы которых может затрагивать данное поведение (например, говорить на повышенных тонах, устраивать скандалы, включать среди ночи свет и др.). Таким образом, подобное поведение может приводить к конфликтам пациента, как с медицинским персоналом, так и с другими пациентами. Не следование пациента курсу лечения может становиться основанием для выражения претензий со стороны врача или МС.

Пятая и шестая зоны конфликтности во взаимодействии «медицинского работника – пациента» обусловлены неудовлетворяющими условиями, существующими в ОЗ (низким уровнем комфортности, антисанитарией, плохой вентиляцией, освещенностью и т.д.), и низким уровнем технической оснащенности диагностическим и терапевтическим оборудованием. Естественно, это может вызывать недовольство, претензии у пациента, с одной стороны, а с другой стороны – неудовлетворенность медицинского работника условиями труда.

Пациент как потребитель медицинских услуг имеет очень слабые возможности в оказании влияния на выше обозначенные конфликтные зоны (прил. 8) как, в свою очередь, и медицинские работники на конфликтное напряжение, обусловленное поведением пациента и неудовлетворительным техническим оснащением лечебного учреждения. Оба субъекта конфликта имеют только косвенные возможности воздействия (пациенты – через жалобы, медицинские работники – через служебные записки).

«Выживают не самые сильные особи, и даже не самые интеллигентные, а те, которые в наибольшей степени могут меняться в зависимости от ситуации»

Ч. Дарвин
М.Пруст

Анализируя виды межличностных конфликтов, можно выделить основные типы конфликтов в медицинской сфере:

1) врач–пациент
2) медицинская сестра–пациент
3) врач – врач
4) врач – медицинская сестра
5) медицинская сестра – медицинская сестра
6) медицинская сестра – старшая /главная медицинская сестра
7) врач-зав. отделением – зам. гл. врача /главврач
8) пациент – пациент
9) врач /главврач – родственники пациента
10) медицинская сестра/старшая /главная медицинская сестра – родственники пациента.

Каждый из шести типов конфликтов имеет свои объективные и субъективные причины, на которых мы остановимся позже. В фокусе нашего внимания находятся конфликты «медицинский работник – пациент». Однако другие виды конфликтов (3-6), влияя на психологический климат медицинской организации, усиливают вероятность, частоту и интенсивность конфликтов медицинского персонала с пациентами. В силу этого,

руководителям ОЗ, отделений, центров необходимо уделять большое внимание вопросу взаимоотношений персонала в формировании и развитии корпоративной культуры и улучшении психологического климата.

Возникновение конфликта «врач: медицинская сестра: пациент» зависит от уровня конфликтности медицинского работника и пациента. Ключевая роль в медицинском конфликте (в силу его асимметричности) принадлежит медицинскому работнику. Врач или МС, в силу сделанного профессионального выбора, готовы к тому, что могут столкнуться с конфликтами во взаимодействии с пациентами, умеют грамотно и конструктивно реагировать на них. Как же в реальности обстоит дело? Карасев Е.А., исследуя конфликтогенный потенциал личности медицинских работников, установил, что у **8,5%** медицинских работников *очень высокая степень конфликтности*, у **25%** – *высокая степень конфликтности*, у **58%** – *выраженная степень* и только у **8,5%** – *низкая степень конфликтности*. Таким образом, мы видим, что более трети медицинских работников отличаются высоким уровнем конфликтности. Такая статистика не может не вызывать тревогу и требует уделять больше внимания эффективной коммуникации и конфликтологии в профессиональной подготовке и повышении квалификации медицинских работников (прил.2-9), решении ситуационных задач (прил.4,14).

> ***«Худой мир лучше доброй ссоры»***
>
> ***Русская пословица***

3.2. ПОСЛЕДСТВИЯ МЕДИЦИНСКИХ КОНФЛИКТОВ

В медицинской сфере деструктивные конфликты могут иметь самые разные последствия:

- ***социальные (***формирование негативных образов врачей/медицинских сестер у населения (в том числе, «образа врага»), способствующих появлению конфликтной установки, что, в свою очередь, приводит к нарастанию конфликтов и различным проявлениям негативного отношения общества к медицинским работникам);
- ***психологические*** (усиление стресса не только у пациентов, но и у медицинских работников, снижение доверия как пациентов по отношению к медицинским работникам, так и наоборот; различные проявления синдрома профессионального выгорания (СЭВ) у медицинских работников);
- ***экономические*** (штрафы, компенсации за моральный ущерб);
- ***юридические*** (жалобы со стороны пациентов и их родственников в Министерство здравоохранения Республики Беларусь, милицию, прокуратуру, суд; привлечение медицинских работников к дисциплинарной, административной, уголовной ответственности в соответствии с законодательством Республики Беларусь).

Таким образом, мы видим, что конфликты в медицинской сфере имеют не только социальные, психологические последствия, но и зачастую наносят конкретный экономический ущерб. Все это говорит об актуальности исследований в этой сфере и необходимости повышения конфликтологического уровня (устойчивости к конфликтам) медицинских работников. Из организационной психологии известно, что чем выше компетенция сотрудников /руководителя в предупреждении и разрешении конфликтов, тем ниже сумма потерь организации.

> ***«Мудрый человек всегда найдет способ, чтобы не начать войну»***
>
> ***И. Ямамото***

Главное последствие конфликтов в медицинской сфере – ухудшение качества оказания медицинской помощи, влияющее на общественное восприятие сферы медицины. Это, в свою очередь, сказывается на жизнедеятельности общества в целом.

Остановимся более детально на некоторых последствиях конфликтов «медицинский работник-пациент». К ним относятся:

- переживание фрустрации обоими субъектами конфликта и, как следствие, возникновение разочарования, беспомощности, подавленности;
- искажение информации во взаимодействии «врач: медсестра: пациент», «пациент: врач /медсестра»;
- неисполнение пациентом предписанного лечения;
- вследствие дистресса ухудшение здоровья, как пациента, так и медицинского работника.

Деструктивные конфликты во взаимодействии «врач: медсестра: пациент» приводят к возникновению стресса. Он, в свою очередь, влияет на профессиональную мотивацию, внимание, аналитические способности врача (МС), во-вторых, вызывает неоправданные потери времени, образуя его дефицит для качественного медицинского обслуживания. Все это способствует профессиональному СЭВ медицинских работников, что подтверждают исследования Огнерубова Н.А.

Он обнаружил, что у большинства врачей присутствует СЭВ в фазе «резистенции», проявляющийся:

– в неадекватном эмоциональном реагировании на пациента;
– в отсутствии эмоциональной вовлеченности, эмпатии по отношению к пациенту;
– в хронической усталости;
– в формальном отношении к своим обязанностям.

Все эти проявления увеличивают вероятность конфликтов с пациентом, их частоту и интенсивность.

В целом, анализируя современную реальность медицинских коммуникаций, нельзя не констатировать возрастание частоты и значимости медицинских конфликтов. По оценке Кузнецова А.В. это обусловлено двумя процессами: с одной стороны, тотальной медикализацией общества (т.е. распространением влияния медицины на все новые сферы общественной жизни), с другой стороны, – цифровизацией, изменившей психологию пациента. Это приводит к увеличению конфликтного потенциала медицинской деятельности и росту актуальности его исследования.

3.3. КОНФЛИКТ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА, МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Медицинские работники относятся к группе риска по возникновению СЭВ, что повышает уровень конфликтности. Сафиуллина Л.А. выделяет факторы, способствующие этому: постоянное общение с большим количеством людей, интенсивный график работы, повышенные требования со стороны руководства, низкий уровень оплаты труда, большая ответственность за каждое принятое решение, столкновение со страданием и смертью, работа в ночную смену, приводящая к нарушению цикла сна и бодрствования. Наиболее подвержены выгоранию добросовестные, аккуратные, стремящиеся к порядку люди, сильно переживающие из-за каждой неудачи. Ухудшение состояния, а тем более смерть пациента, вызывает у них глубокое чувство вины даже в случае, если они все сделали правильно. Часто это провоцирует значительные внутренние переживания, которые в итоге могут приводить к тяжелым психосоматическим расстройствам.

«Любовь и забота - лучшее лекарство»

Парацельс

МС общаются с пациентами чаще и дольше врачей, что требует специальной подготовки в области конструктивной коммуникации. У врача и МС много общих трудностей во взаимодействии с пациентом. Однако, МС чаще, чем врач, сталкивается с проявлением превосходства, пренебрежения, неуважения со стороны пациента. Такое отношение пациента образует противоречие с ожиданиями в удовлетворении потребностей в поддержке, утешении, совете, в общении с МС. И,

соответственно, не мотивирует ее стремиться реализовывать это в своей деятельности, что и становится часто причиной конфликтов.

Коммуникативный стресс и деструктивные конфликты большинство МС относят к главным факторам стресса в работе. Это подтверждают результаты социологического опроса среди средних медицинских работников в организациях здравоохранения различного уровня оказания помощи г. Санкт-Петербурга и области, проведенного Кощеевой Н.А. Практически каждая пятая МС, определяя главные причины профессионального стресса, назвала конфликты в коллективе, с коллегами, руководством. Каждая восьмая – конфликты с пациентами.

Непоследовательность медицинского персонала в отношении соблюдения правил внутреннего распорядка пациентами может также становиться причиной возникающих конфликтов. Например, одна медицинская сестра может разрешать пациентам то, что запрещают другие (громко разговаривать по телефону, смотреть телевизор в неустановленное для этого время и т.д.).

Уровень конфликтности в медицинской среде, отмечает Григорьева Н.В., может быть обусловлен гендерным аспектом. Как правило, медицинский коллектив состоит из одних женщин, отличающихся большей эмоциональностью, что и может приводить к конфликтам.

3.4. ПРИЧИНЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНФЛИКТА

Большинство исследователей в области медицинских конфликтов уделяют большое внимание их причинам, факторам (Волчанский М.Е., Карасев Е.А., Кузнецова Т.Н., Четвериков Д.В., Яковлева Н.В. и др.).

Волчанский М.Е. проанализировал объективные и субъективные причины медицинских конфликтов. Объективные причины возникают вне зависимости от поведения медицинского работника (организационно-технические, финансово-экономические проблемы, организация лечебного процесса). Субъективные причины связаны как с личностными, поведенческими особенностями медицинского работника, так и с коммуникативными и терапевтическими стратегиями, которые он выбирает. Четвериков Д.В. ранжировал наиболее часто встречающиеся объективные и субъективные причины конфликтов в медицинской среде. Остановимся на их перечислении в порядке убывания: низкие грамотность и уровень культуры населения, недостатки в работе ОЗ, негативное отношение пациентов к медицинскому персоналу, низкая обеспеченность лекарствами, психическое состояние пациентов, чрезмерная загруженность врачей, недостаточная компетентность медицинского персонала.

«Сочувствие больному должно быть основным движением ума и сердца врача»

Т. Келановский

Для медицинской сферы интерес представляет **классификация межличностных конфликтов** В. Линкольна. Он выделяет 5 категорий факторов:

- **структурные**
- **ценностные**
- **факторы отношений**
- **поведенческие**
- **информационные.**

В. Линкольн их выстроил по степени эффективности переговорного воздействия на них. Наименее подвержены переговорному воздействию структурные факторы, представляющие собой стабильные объективные обстоятельства, которые трудно поддаются изменениям: власть, система

«Ни одна специальность не приносит порой столько переживаний, как врачебная»

А.П. Чехов

управления, нормы поведения, «правила игры», социальная принадлежность, право собственности.

Среди ***структурных факторов*** конфликта «медицинский работник – пациент» можно выделить:

- дефицит времени, выделяемого официально на прием пациента (в среднем 15 мин. вместе с оформлением документации, 10 мин. – на взаимодействие с пациентом), в результате у пациентов складывается впечатление о формальном отношении, низком качестве обслуживания;
- образующиеся очереди из-за того, что на отдельных пациентов уходит объективно больше 15 мин. времени, что приводит к недовольству и конфликтам;
- не соответствующее ожиданиям пациента техническое оснащение ОЗ;
- превосходящий возможности пациента размер стоимости медицинских услуг;
- неудовлетворяющие пациента сроки госпитализации;
- теснота помещений;
- сложность в расположении служб клиники (амбулатории).

Изменения в отношении структурных факторов возможны только осуществляя структурные изменения ОЗ.

Остановимся на интересном примере таких структурных изменений факторов конфликта «медицинский работник – пациент» на базе отделения для недоношенных детей, который приводит в своей книге известный итальянский ученый, доктор-педиатр Г. Месснер. В своей клинике на севере Италии он осуществил важные нововведения:

- переименовал отделение для недоношенных детей в «станцию ослабленных детей», поскольку считал, что старое название «забирает» энергию;
- изменил правило изоляции детей от родителей на правило разрешения контакта родителей с ребенком;
- ввел правило закрывать монитор с датчиками жизненно важных показателей функционирования организма ребенка от родителей в процессе контакта, чтобы они не отвлекались на тревожные показания, а всецело в этот момент погружались в контакт с ним.

Также он ввел ряд правил, которых должны были придерживаться медицинские работники клиники во взаимодействии с родителями:

- быть в постоянном контакте, диалоге с родителями, опираясь на эмпатию (не эмпатичные люди не подходят для такой работы);
- учиться заражать родителей энергией, верой в позитивный исход, так как они чаще всего находятся в обессиленном, подавленном состоянии и нуждаются в поддержке;
- обсуждать с родителями, какие решения принимаются врачами: о лекарствах, лечении, чтобы они могли чувствовать собственную включенность, участие в процессе выхаживания ребенка;
- проявлять заботу о родителях, отправляя их отдыхать домой (часто родители не хотят, боятся уходить), помогая им преодолевать чувство вины за то, что они не находятся все время рядом с ребенком, чувствуя себя как на боевом посту.

Ценностные факторы возникновения медицинского конфликта обусловлены различиями в верованиях, ценностях, нормах поведения (культурных, политических, нравственных различиях) и требуют высокого уровня толерантности со стороны медицинского работника. Например, может возникать напряжение в обсуждении вопроса об аборте, поскольку поддержка абортов не соответствует ценностным ориентациям медицинского работника, а пациент может на этом настаивать.

Главная ценность, объединяющая медицинского работника и пациента и минимизирующая конфликт, – это здоровье, его поддержание и укрепление.

Анализируя конфликтные ***факторы отношений*** «медицинский работник-пациент», Изуткин Д.А. выделяет:

- различия в характерах, темпераменте, уровне интеллекта, культуры медицинского работника и пациента
- различия в статусе (главным образом, речь идет о статусе здоровья)
- негативный опыт отношений пациента с медицинским персоналом в прошлом, проявляющийся в низком уровне доверия и авторитета
- доминирование в медицинской среде стереотипа, что пациенты выступают провокаторами конфликтов

«Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать, и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание»

А. Экзюпери

- восприятие медицинским работником пациента не как личности, а как носителя заболевания.

Поведенческие факторы возникновения медицинского конфликта.

Со стороны медицинского персонала:

- некорректное поведение, обусловленное личностными особенностями и проявляющееся в грубости, жесткости, высокомерии, пренебрежительности, бестактности и др.;
- неприветливость администратора/медицинского работника;
- безответственное поведение медицинского работника, проявляющееся в опозданиях, отсутствии на рабочем месте;
- отказ пациенту в госпитализации;
- отсутствие навыков ассертивности* в конфликтном взаимодействии;
- некачественное выполнение своих обязанностей;
- несвоевременное выполнение медицинских процедур;
- нарушение этики;
- эмоциональная нестабильность врача (МС), обусловленная профессиональным выгоранием, усталостью.

Со стороны пациента:

- агрессивность, претенциозность, нарушение обещаний, обусловленное как личностными особенностями, так и болезненным состоянием;
- оттягивание срока выписки;
- проявление *психозащитного* поведения (отрицание болезни, вытеснение (забывание); *регрессии* (плаксивости, «прилипчивости»; *веры в чудо*действенное средство (инфантильность); *проекции* (приписывание различных болезненных состояний другим людям), либо *рационализации* (нахождение разного рода причин и обстоятельств, объясняющих заболевание), позволяющих принимать его более спокойно и др.;

«Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство – быть рядом и помогать больному, надеяться и молиться»

Б. Сейгель

- эгоцентричность, медлительность в принятии решений, недоверчивость, преувеличенное отношение к болезни – у пожилых пациентов;
- отказ пациента от госпитализации;
- предвзятое отношение пациента к медицинской службе, в целом, или к отдельному медицинскому работнику, в частности;
- проявление ситуативных факторов, связанных с переживанием боли, усталости, воздействующих на поведение обеих сторон.

Информационные факторы:

- сообщение неполной, неточной информации пациентом/ медицинским работником;

- некорректная форма подачи информации медицинским работником;
- преждевременное информирование пациента медицинским работником (пациент должен быть готов к принятию информации);
- влияние информации из других источников (главным образом, интернет - источников) на пациента и, как результат, сомнения в компетентности врача;
- осознание медицинским работником того, что пациент имеет право на недоверие;
- неумение медицинского работника убедить пациента в необходимости следовать курсу лечения.

Итак, конфликт является неотъемлемой частью медицинской практики и часто обусловлен самой спецификой ее организации или другими объективными обстоятельствами. К ним относятся и ограниченное время приема, и необходимость работать не только с пациентом, но и с документами, и неудовлетворенность технической/технологической базой медицинских учреждений. Серьезным фактором конфликтов также является растущее недоверие в отношениях медицинского работника и пациента, обусловленное влиянием СМИ (интернета), не реализацией взаимодействия на основе партнерской парадигмы, неравенством статусов здоровья и др.

Все это требует постоянного развития у медицинского работника коммуникативной и конфликтологической компетентности, овладения техниками переговорных технологий, умениями конструктивно убеждать, переключать внимание пациента с негативных аспектов на позитивные ситуации (прил.4-6,13,14).

3.5. ПРИЧИНЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНФЛИКТА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ РОЛЕВОГО ПОДХОДА

С точки зрения ролевого подхода к анализу конфликтного потенциала медицинского взаимодействия конфликты часто связаны с несовпадением ожиданий пациента с реальностью: несоответствующее представление о должном поведении медицинского персонала, проведении процедур, санитарно-гигиенические условия нахождения в стационаре. Со стороны врача конфликтность в общении с пациентом может быть обусловлена особенностями поведения, внешнего облика пациента и стилем его общения. Данные характеристики могут не совпадать с ролевыми экспектациями* врача и снижать его толерантность во взаимодействии с пациентом. Интерес в этом отношении представляют стереотипы «легкого» и «трудного» больного у врачей-терапевтов, исследованные Урванцевым Л.П. (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Обобщенные характеристики стереотипов пациента в восприятии у врачей-терапевтов

«Легкий» пациент	«Трудный» пациент
1. Не мнительный	1. Мнительный
2. Ненавязчивый	2. Навязчивый
3. Скромный, вежливый	3. Конфликтный, грубый
4. Дисциплинирован в лечении	4. Не соблюдающий режим
5. Доверяющий врачу (МС)	5. Недоверчивый
6. Добродушный, приветливый	6. Унылый
7. Серьезный	7. Легкомысленный

Эталонные образы врача и пациента, представленные в таблице, подчеркивают значительные противоречия в их ролевых ожиданиях.

В исследовании Урванцева Л.П. и Яковлевой Н.В. было выявлено противоречие в оценке психологических компетенций «идеального врача» с точки зрения самих врачей, а

также пациентов. Среди сенсорно-перцептивных, мнемо-мыслительных, коммуникативно-технических, саморегуляционных, эмоционально-эмпатических компетенций медицинских работников современные пациенты в качестве главных компетенций «идеального врача» назвали коммуникативно-технические и эмоционально-эмпатические. А доктора в свою очередь – саморегуляционные. Как мы видим, данное направление социально-психологических исследований является очень актуальным и требует дальнейшего развития.

3.6. ПРИЧИНЫ МЕДИЦИНСКОГО КОНФЛИКТА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Организационные психологи В. Мольт, Э. Регнет, Л. Розенштиль, Б. Рюттингер выделяют целый ряд важных факторов, способствующих возникновению конфликтов на работе. Большая часть из них имеет прямое отношение и к медицинской сфере. Если в лечебно-профилактических учреждениях не уделять внимания этим системным факторам, то они становятся благоприятной почвой для конфликтов медицинских работников с пациентами. Перечислим наиболее значимые из них:

- низкий социальный статус медицинских работников, в особенности – медицинских сестер;
- неравномерная нагрузка на медицинский персонал;
- отсутствие норм нагрузки и четких критериев/показателей деятельности;
- низкие возможности или полное отсутствие возможностей роста (в т.ч. личностного, карьерного);
- негативные особенности взаимоотношений с административно-управленческим персоналом (руководители и подчиненные, руководители разного уровня и др.);
- отсутствие или непринятие сотрудниками системы ценностей организации (миссии, цели и др.);
- недостаточно хорошо организованная система оценки персонала, труда, качества, поощрений;
- неблагоприятные условия труда (перегруженность, ночные смены и др.);
- некомпетентность руководителя и/или сотрудников;
- несоответствующие формы управления персоналом;
- отсутствие лидерских качеств у руководителя;
- наличие неформальных лидеров в коллективе (*https://e.glavmeds.ru/415373).*

> ***«Некоторые люди стремятся стать выше, отрезая головы других»***
>
> ***Парамаханса Йогананда***

С. Картрайт и К. Купер, исследуя взаимоотношения на работе, выделяют ряд *стресс-факторов, повышающих конфликтность* персонала. Многие из них имеют прямое отношение к медицинскому персоналу. К ним можно отнести:

1. Большое количество межличностных отношений.
2. Недостаточная социальная поддержка медицинских работников в коллективе.
3. Низкий уровень сплоченности медицинского коллектива.
4. Низкий уровень межличностного доверия в медицинском коллективе.
5. чрезмерный контроль выполнения работы.
6. Авторитарный стиль руководства.
7. Дефицит возможностей и отсутствие карьерного роста.
8. Неуверенность в работе.
9. Плохая обратная связь по результатам работы.

Многочисленные психологические исследования позволяют утверждать, что конфликтность персонала ниже в тех организациях, где высокая мотивация труда, профессиональных или статусных достижений. Высокая мотивация в ряде случаев элиминирует даже психологическую несовместимость. Мотивацию могут стимулировать: адекватное материальное и моральное вознаграждение, перспективы профессионального роста, престиж, высокий социальный статус должности или профессиональной деятельности. Важно, чтобы руководители медицинских учреждений заботились о стимулировании мотивации труда своих сотрудников, закладывали это в программу развития, функционирования ОЗ.

«Каждый человек – сам причина своего конфликтного состояния»

Макс Люшер

3.7. БАРЬЕРЫ В МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ КАК ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К КОНФЛИКТАМ

Уровень эффективности медицинской коммуникации определяется наличием/отсутствием в ней барьеров. Их наличие часто становится конфликтогенным фактором. Ответим сначала на вопрос: что такое коммуникативные барьеры?

Барьеры ЭК – это препятствия, вызванные естественными психологическими или социальными факторами, возникающими в общении, которые мешают установлению оптимального контакта, восприятию, пониманию и усвоению информации.

Существуют различные классификации коммуникативных барьеров. С какими барьерами приходится сталкиваться врачам/медсестрам во взаимодействии с пациентами? Опираясь на интегрированный взгляд на коммуникативные барьеры, выделим те из них, которые играют роль в коммуникации «врач: медсестра: пациент».

К ним относятся:

1. *Барьер субъективной интерпретации* пациентом смысла информации (преломление через личный опыт, образование, предубеждения, склонности, страхи, симпатии/антипатии, желания, ожидания).

Пациент слышит не то, что было сказано медицинским работником, а то, что он додумал по поводу того, что было сказано. Медицинский работник же думает, что его слова воспринимаются так, как он передает. Для того, чтобы предупредить появление такого барьера, нужно уточнять, как был понят смысл сказанного.

«Благословенны кроткие, ибо не опускаются они до распрей и раздоров»

Х.Л. Борхес. Фрагменты апокрифического Евангелия

2. *Барьер психологического восприятия* медицинского работника и отношения к нему (чувство недоверия и неприязнь к медицинскому работнику передается на сообщаемую им информацию). Большую роль играет авторитет медицинского работника в глазах пациента. Для того, чтобы предупредить появление этого барьера, нужно заботиться о впечатлении, которое производит медицинский работник на собеседника. Если что-то идет не так, то следует интересоваться у пациента, что происходит.

3. *Барьер социально-культурных различий* между партнерами по общению (социальные, политические, религиозные, профессиональные различия приводят к различным интерпретациям информации). Для того, чтобы предупредить появление такого барьера, следует рассматривать вышеназванные различия как фактор, способствующий расширению наших взглядов.

4. *Барьеры непонимания*:

- *фонетический* (недостатки речи медицинского работника). Например, говорит слишком тихо (или очень громко), чрезмерно быстро (очень медленно, монотонно), проглатывает слова, звуки или делает чрезмерно длинные паузы, запинается;

- *семантический* (одному и тому же слову медицинский работник, пациент придают разные значения). Для того, чтобы предупредить появление такого барьера, можно попросить пациента дать толкование этого слова или выражения, уточнить, какое значение он в него вкладывает.
- *стилистический* (стиль речи медицинского работника не соответствует ситуации общения, либо актуальному состоянию пациента). Например, наукообразие речи, формальный стиль в доверительной беседе, авторитарный стиль (он в любом виде общения вызывает сопротивление) и др. Для предупреждения возникновения данного барьера следует подбирать адекватный процессу коммуникации стиль взаимодействия, избегая при этом латинизмов, формального, авторитарного или фамильярного общения, которые априори ведут к неэффективной коммуникации.
- *логический*: логика медицинского работника кажется неверной пациенту (сомнительная доказательность, аргументированность). Для того, чтобы предупредить появление этого барьера, важно обсуждать с пациентом логические доводы, на которые он опирается, и находить более сильные аргументы для его убеждения.
- *технический*: проявляется из-за высокого уровня шума, плохого качества работы каналов связи (телефонной или видеосвязи), это приводит к искажению смысла информации либо полностью блокирует информационный обмен. Обратная связь заметно повышает шансы для более эффективной коммуникации.

«Благословенны сострадающие, ибо милосердием счастливы, а не упованием, что зачтется им»
Х.Л. Борхес. Фрагменты апокрифического Евангелия

5. *Эстетический барьер* возникает в том случае, если внешний вид пациента или обстановка, в которой он находится, являются непривлекательными. Чтобы предупредить появление этого барьера, можно подходить осознанно к воздействию данного фактора, осознанно сосредотачиваясь на содержательной части общения безотносительно к внешнему виду или обстановке.

6. *Психологический барьер*, обусловленный разницей индивидуально-психологических особенностей медицинского работника и пациента (темперамент, характер, уровень интеллектуального развития). Преодолеть данный барьер можно благодаря развитию более высокого уровня толерантности медицинского работника в восприятии пациента.

7. *Мотивационный барьер* возникает, если во взаимодействии медицинского работника и пациента сталкиваются разные мотивы. Для его преодоления важно уточнить мотивы пациента и, прибегая к убеждению, по возможности согласовать их (табл. 3.6).

Таблица 3.6. Различия мотивации пациента и медицинского персонала

Пациент	Медицинский персонал
Потребность отношения к себе как к личности, имеющей определенный социальный статус	Стремление быстрее завершить данный контакт и перейти к следующему
Потребность в привычном поведении	Стремление добиться одинакового поведения больных, соответствующего роли пациента
Стремление к тишине и покою	Необходимость соблюдать общий больничный распорядок
Интерес к любимым занятиям	Стремление не допускать необычных занятий
Потребность в контактах с внешним миром	Стремление ограничить внешние контакты больного

Пациент	Медицинский персонал
Потребность в индивидуальном пространстве	Стремление к единообразию (все одинаково во всех палатах)
Желание эмоциональной близости с врачом (МС)	Желание сохранить социальную дистанцию
Желание индивидуального, внимательного лечения	Отношение к пациенту как «рабочему эпизоду»
Стремление быстрее вернуться к образу жизни здорового человека	Стремление для пользы пациента дольше сохранять медицинское наблюдение и необходимые ограничения

8. *Социальный*: основывается на различиях в статусе и материальном положении медицинского работника и пациента. Из-за этого может возникать неправильная взаимная оценка ожиданий и возможностей, прогнозов в поведении, что будет препятствовать адекватному взаимопониманию.

9. *Этический барьер* обусловлен несовместимостью нравственных, этических позиций. Его можно преодолеть через достижение компромисса (если это возможно), не пытаясь перевоспитать или пристыдить пациента.

3.8. ПРИМЕРЫ ПРИЧИН КОНФЛИКТОВ «МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК-ПАЦИЕНТ»

1. Обещание врачом пациенту полного излечения, впоследствии не получившее подтверждения
2. Некачественное выполнение медицинским работником своих обязанностей, приведшее к послеоперационным осложнениям
3. Отказ в госпитализации пациента или несвоевременная госпитализация
4. Несвоевременное выполнение операций, процедур и т.п.
5. Помещение в палату с умирающим больным
6. Требование со стороны медицинского работника покупки медикаментов пациентом
7. Требование со стороны медицинского работника вознаграждения за выполненную работу.

3.9. ДИНАМИКА МЕДИЦИНСКОГО КОНФЛИКТА

В конфликтологии существуют различные описания динамики конфликта, выделение и определение его этапов и фаз (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Этапы конфликта

Этапы конфликта	
Возникновение и развитие конфликтной ситуации	Восприятие симптомов конфликта
Осознание конфликтной ситуации и эмоциональное переживание	Анализ конфликта (оценка ситуации)
Начало открытого конфликтного взаимодействия	Проявление мотивационной ориентации в конфликте
Развитие открытого конфликта	Разрешение конфликта
Разрешение конфликта	Результаты конфликта

Этапы конфликта – отражают существенные моменты, характеризующие развитие конфликта от его возникновения и до разрешения. Поэтому знание основного содержания каждого из этапов конфликта важно для его прогнозирования, оценки и выбора технологий управления этим конфликтом.

Фазы конфликта непосредственно связаны с его этапами и отражают динамику конфликта, прежде всего, с точки зрения реальных возможностей его разрешения:

этап 1. Восприятие симптомов конфликта;

этап 2. Анализ конфликта (оценка ситуации);

этап 3. Проявление мотивационной ориентации в конфликте;

этап 4. Разрешение конфликта;

этап 5. Результаты конфликта.

1. Конфликт начинается, когда одна из сторон ощущает, что другая *препятствует* ее плану действия, *блокирует* его.

2. Оценка ситуации:

- кто оппоненты
- их влиятельность
- какая у них поддержка
- какие у них цели
- насколько важен для них предмет конфликта
- формирование возможных решений конфликта (выбор стратегии 1 из 5).

Анализ причин конфликта.

- **Ориентации в объяснении причин конфликта:**
- Причинная ориентация*: от каких причин зависит поведение оппонента.*
- Целевая ориентация*: от каких намерений, целей зависит поведение оппонента.*
- Личностная ориентация: *от каких личностных черт зависит поведение оппонента.*
- Ориентация на окружение: *от каких внешних условий зависит поведение оппонента.*

3. Анализ мотивационной ориентации в конфликте, т.е. готовности участников конфликта к поиску решения.

3 типа мотивационной ориентации в конфликте:

- Индивидуалистическая ориентация (в свою пользу, не учитывая пользу или вред решения для оппонента).
- Конкурентная ориентация (максимальная полезность решения для себя и одновременно минимально выгодность его для оппонента).
- Ориентация на сотрудничество (максимизация общей полезности).
- Социальная ориентация в соответствии с социальными нормами и правилами (распределение прибыли в соответствии с индивидуальной продуктивностью).

4. В зависимости от мотивационной ориентации осуществляется выбор стратегии разрешения конфликта:

Стратегия ПОБЕДА-ПОБЕДА (ориентация на сотрудничество, социальная ориентация): открытое обсуждение информации, доверительная коммуникация

Стратегии власти ПОБЕДА-ПОРАЖЕНИЕ (конкурентная, индивидуалистическая ориентация): утаивание информации, враждебное отношение к оппоненту.

5. Использование стратегии СОТРУДНИЧЕСТВА – *стабильный результат разрешения и завершения конфликта.*

Использование других стратегий – *временный результат в разрешении конфликта* (в любой момент он может вспыхнуть с новой силой).

Наиболее точно динамику конфликта характеризуют следующие *фазы* конфликтной стадии: 1) начало конфликта 2) развитие конфликта 3) пик конфликта 4) затухание

конфликта 5) прекращение конфликта 6) урегулирование конфликта. При остром и длительном конфликте фазы могут циклически повторяться. После фазы «затухание конфликта» (первый цикл), или даже «прекращение конфликта» (второй и третий циклы) – может начаться фаза «развитие конфликта» с прохождением всех фаз пика, также затухания, прекращения конфликта. Затем может начаться следующий цикл и т.д. При этом с каждым циклом пик конфликта становится все выше, степень остроты и интенсивности увеличивается, а длительность фаз может расти и возможности разрешения конфликта в каждом последующем цикле сужаются, и его становится все трудней урегулировать. Циклы повторяются до тех пор, пока конфликт не будет решен.

Этапы конфликта:

1. Возникновение и развитие конфликтной ситуации.
2. Осознание конфликтной ситуации и эмоциональное переживание.
3. Начало открытого конфликтного взаимодействия.
4. Развитие открытого конфликта.
5. Разрешение конфликта.

3.10. ПРОФИЛАКТИКА МЕДИЦИНСКИХ КОНФЛИКТОВ

Попробуем ответить на вопрос: что следует делать с целью предупреждения медицинских конфликтов?

«Счастливы не настаивающие на правоте своей, ибо никто не прав, либо все правы»

Х.Л. Борхес. Фрагменты апокрифического Евангелия

- Организовывать хорошую систему информирования сотрудников, способствующую стабилизации их психологического состояния и стимулирующую мотивацию труда.
- Поддерживать позитивную «Я-концепцию» личности сотрудников, влияющую на проявление психозащитного поведения (например, чрезмерной вербальной агрессии, виктимности*, психосоматических проявлений и др.).
- Повышать уровень культуры поведения в конфликте у медицинских работников, позволяющей более спокойно воспринимать конфликтное поведение пациентов и конструктивно реагировать.
- Обучать врачей и МС эффективным копинг-стратегиям совладания со стрессом, в рамках повышения квалификации сотрудников, организации профилактических мероприятий, стимулирования самообразования (прил.2-9,17).
- Обеспечивать периодическое получение медицинскими работниками обратной связи по результатам выполненной работы в индивидуальной, коллективной форме (конструктивная критика, выражение благодарности, награждение и др.).
- Переводить в медицинском коллективе скрытые конфликты в открытые, негативно влияющие на мотивацию, качество медицинского труда (речь идет об открытом, конструктивном обсуждении накопившегося напряжения из-за безответственного отношения к работе, пред конфликтных проявлений медицинских работников во взаимодействии друг с другом, с руководством).
- Стимулировать проявление в профессиональной деятельности эмпатии/заботы со стороны медицинских работников к пациентам (опираясь на эмпатическое внимание, общение мягким, доброжелательным тоном, проявление спокойствия в поведении без паники, суеты, раздражительности).

3.11. АНАТОМИЯ КОНФЛИКТА В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ

В конфликте «медицинский работник-пациент» участвуют две стороны. Инициатива в разворачивании конфликта чаще всего принадлежит пациенту, который в агрессивной форме (на повышенных тонах) выражает недоверие по отношению либо ко всем медицинским работникам, либо по отношению к конкретному врачу (МС). Проявление недовольства может распространяться на организацию медицинской помощи, качество и результативность обслуживания, неудовлетворяющую коммуникацию. Врачу (МС) очень сложно не вовлекаться, оставаться в спокойном, нейтральном состоянии. И более того, реагировать конструктивно, эмпатично, со скидкой на психоэмоциональное поведение пациента, осложненное болезнью. Залогом конструктивного реагирования медицинского работника является его высокая адекватная самооценка, поскольку ее задеть намного сложнее, чем ущербную, низкую. Поэтому в профессиональной подготовке медицинского работника большое место следует отводить укреплению позитивной «Я-концепции», сердцевиной которой является высокая адекватная самооценка.

> ***«Тот, кто хочет уладить конфликт, борется за будущее»***
>
> ***В.К. Тарасов. «Технология жизни. Книга для героев»***

По результатам российских исследований конфликтное поведение, в большей степени, присуще пациентам женщинам предпенсионного или пенсионного возраста с невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные жизненные условия. Среди них значительная доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынужден работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту.

Чаще всего конфликты в медицинской сфере развиваются по формуле:

$$КН1 \rightarrow КН2 \rightarrow \ldots \rightarrow КНn=К,$$

где КН – конфликтоген (к конфликтогенам относят слова, фразы, жесты, тон высказывания, вызывающие конфликтный ответ), К – конфликт. При этом каждый последующий конфликтоген в данной формуле – сильнее предыдущего. То есть, пациент инициирует конфликт, используя КН1, медицинский работник реагирует на него КН2, конфликтогены усиливаются, провоцируя эскалацию конфликта. Очевидно, ***для того, чтобы не допустить развитие конфликта, необходимо на конфликтогенное сообщение пациента не отреагировать конфликтогеном.*** А это, в свою очередь, требует специальной подготовки в конструктивном реагировании на них, используя различные стратегии и тактики. На них мы остановимся позже.

Чаще всего медицинским работникам приходится сталкиваться со следующими конфликтогенами:

- претензиями («Вы ко мне не внимательны», «Неужели вы не можете…»);
- приказами («Сделайте мне это немедленно!»);
- угрозами («Если вы меня немедленно не примите, я напишу на вас жалобу»);
- морализированием («Как вам не стыдно так обращаться с больным человеком!»);
- оскорблениями («Да вы просто хамка!»);
- деструктивной критикой («Вы не компетентны, а самомнение…»);
- иронией, сарказмом («О вашем бездушии можно сташилки слагать»).

По результатам социологических исследований в Республике Беларусь, отмечает Осокина А.И., 94,1% медицинских работников отмечают, что сталкиваются с агрессией пациентов, каждый третий врач – с угрозами в свой адрес, а каждый двадцать пятый – с физической агрессией.

Конфликтогены, которые сопровождаются выражением негативных эмоций, имеют тяжелые последствия для личности реципиента (рис. 4).



Рис. 4. Последствия использования конфликтогенов для личности реципиента

Какая типичная реакция возникает у человека на конфликтоген? Как правило, это автоматическая, до конца не осознаваемая, защитная реакция. Чаще всего это:

- ответное агрессивное «нападение» с опорой, на еще более сильный конфликтоген (приводит к дальнейшей эскалации конфликта);
- оправдания (стимулируют нападающего усилить агрессию);
- растерянность, сконфуженное молчание, когда подходящий ответ не приходит (оппонент воспринимает как «разрешение» и дальше использовать конфликтогены по отношению к реципиенту).

В ответ на конфликтоген могут включаться и другие защитные механизмы, такие как: отрицание, демонстрация виктимной позиции (самоуничижительные извинения, самообвинение) и др. Такого рода реагирования не являются конструктивными и не позволяют остановить, разрешить конфликт.

Как же тогда лучше действовать, реагировать? *Отвечать на конфликтоген или не отвечать?* В соответствии с правилом конфликтологии – отвечать. Однако любое правило имеет исключения, т.е. могут возникать ситуации, в которых лучше не отвечать. На них мы остановимся позже, рассматривая стратегии реагирования в конфликте. Тогда возникает следующий вопрос: *как отвечать?* Ответ на него – опираясь на знания конфликтологии, отвечать ***конструктивно.*** *Какие переменные определяют характер конструктивного ответа? Какова формула конструктивного ответа?*

3.12. ПЕРЕМЕННЫЕ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ХАРАКТЕР КОНСТРУКТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА КОНФЛИКТОГЕН (ВО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ «ПАЦИЕНТ-МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК»)

Попробуем ответить на вопрос: как именно можно конструктивно отреагировать на конфликтогенное поведение пациента? Какие переменные влияют на формулу ответа? Как минимум можно выделить 5 основных переменных:

- индивидуально-психологические особенности медицинского работника (реципиента конфликтогена);
- психологическое состояние пациента, обусловленное болезнью, воздействием структурных факторов, фазой развития конфликта (в зависимости от фазы можно прогнозировать

«Полное устранение конфликтов приведет к застою; нашей задачей является превращение деструктивных конфликтов в конструктивные»

Р. Мэй

эффективность конструктивного реагирования на конфликтоген);

- индивидуально-психологические особенности пациента (оппонента);
- здоровье, медицинский эффект лечения, качество жизни, социальные и психологические аспекты состояния пациента, стоимость лечения как предмет конфликта;
- характер используемого пациентом конфликтогена по отношению к медицинскому работнику.

Остановимся на анализе каждой из этих переменных.

1. Индивидуально-психологические конфликтогенные особенности медицинского работника (реципиента конфликтогена)

Какие личностные особенности медицинского работника не помогают ему реагировать конструктивно на конфликтогены во взаимодействии с пациентом? Какие качества следует ему развивать в себе для того, чтобы более эффективно реагировать в конфликте? Остановимся на главных из них (табл. 3.8).

Таблица 3.8. Личностные особенности медицинского работника, помогающие/не помогающие конструктивно реагировать на конфликтогены во взаимодействии

Личностные особенности медицинского работника, помогающие конструктивно реагировать на конфликтогены	Личностные особенности медицинского работника, не помогающие конструктивно реагировать на конфликтогены
взаимодействующий на равных	доминантный, склонный к самоутверждению
спокойный, терпимый	раздражительный, нетерпимый
уверенный, эмоционально стабильный	беспокойный, неуверенный, тревожный
последовательный	переменчивый
дисциплинированный	недисциплинированный
сильный духом, неуязвимый	ранимый, обидчивый
сопереживающий, эмпатичный (высокая адекватная самооценка)	эгоцентричный, заносчивый, высокомерный (завышенная самооценка)
добродушный, благосклонный	завистливый
вежливый, деликатный, обходительный	грубый
гибкий, уступчивый	упрямый
позитивный	негативный
самостоятельный, автономный	конформный/нонконформный
с чувством собственного достоинства	ощущение собственной неполноценности (заниженная самооценка)
эмоционально уравновешенный	эмоционально напряженный
эмпатичный, чуткий	эмоционально холодный

Какова причина формирования у медицинских работников личностных особенностей, приводящих к конфликтному поведению? Их источниками являются деструктивные семейные условия взросления (дисфункциональная семья (злоупотребление родителей алкоголем, насилие в отношениях и т.д.); авторитарность родителей, опора в воспитании на чрезмерный контроль, деструктивную критику, приказы, угрозы, оскорбления, наказания; детские травмы, отвержение со стороны близких людей и др.). Обладая личностными особенностями, не помогающими конструктивно реагировать на конфликтогены во взаимодействии, медицинский работник может воспринимать те или другие высказывания пациента как конфликтогенные, хотя они таковыми не являются. И соответственно на них реагировать, что и будет приводить к конфликту. В этом случае медицинскому работнику необходим ***личностный анализ*** с последующей работой по

укреплению, развитию выше обозначенных профессионально значимых качеств и, на этой основе, обучение конструктивному реагированию в конфликте.

2. Психологическое состояние пациента, обусловленное болезнью, воздействием структурных факторов, фазой развития конфликта

Болезненные симптомы, которые переживает пациент, провоцируют возникновение опасений и страхов за свое здоровье и жизнь, генерализация которых может приводить к состоянию беспомощности, иногда становиться причиной ипохондрии. У отдельных пациентов актуализируется чувство вины за то или другое собственное поведение, которое стало причиной болезненной симптоматики. Может появляться виктимное состояние, провоцирующее навязчивый вопрос: «Почему это со мной происходит, за что мне это?».

Физическое недомогание часто способствует возникновению депрессивного состояния, подавленного настроения, пессимизма, а порой приводит к депрессии. Во взаимодействии с другими, врачами/медсестрами, которые кажутся здоровыми и в силу этого не понимающими тяжести его состояния, может проявляться обостренная чувствительность, обидчивость, чувство зависти и даже ненависти.

Часть пациентов склонны отрицать заболевание, либо поставленный диагноз, либо отдельные симптомы заболевания. Это может приводить к сопротивлению в выполнении предписаний врача, соблюдении курса лечения. Могут наблюдаться и другие регрессивные реакции: капризность, плаксивость, упрямство, придирчивость.

В ситуации госпитализации психоэмоциональное напряжение усугубляется в связи с отрывом от привычной среды, в которой человек уверенно чувствует себя, и попаданием в больничную обстановку.

Таким образом, мы видим, что за проявлением агрессивности пациента скрывается чувство беспомощности, растерянности, страха, неспособности совладать с собой перед лицом неумолимо надвигающихся тяжелых последствий заболевания.

Нервозность пациента способствует возникновению склонности бессознательно использовать конфликтогены во взаимодействии с другими. Медицинскому работнику важно понимать источники невротичности пациента *и выстраивать конструктивное реагирование на конфликтогены на основе* ***принятия его невроза***.

3. Индивидуально-психологические конфликтогенные особенности пациента (оппонента)

Как мы уже говорили раньше, конфликтное поведение пациента во многом определяется его болезненным состоянием. Переживание боли, страха, недостаток сна, усиливают возбудимость и становятся основой для раздражительности пациента, гнева, капризности, ригидности, навязчивости и т.д. Такие проявления являются типичными для многих пациентов. А если это еще накладывается на специфические личностные особенности – перед нами портрет «трудного пациента», т.е. обладающего специфическими личностными характеристиками, позволяющими характеризовать его как «профессионального провокатора», эффективно использующего конфликтогены во взаимодействии, ориентируясь на слабые места в личности.

К каким его поведенческим проявлениям следует быть готовым медицинскому работнику? Чаще всего, это проявление пациентом готовности к нападениям, обвинениям, упрямству, угрозам, манипуляциям (лести), протестам, обесцениванию, а также к чрезмерной эмоциональности в высказываниях и импульсивности. Такой пациент является «хорошим учителем», во взаимодействии с которым есть возможность «отработать» приемы конструктивного реагирования на конфликтогены.

Конструктивное реагирование предполагает формулирование ответа в соответствии с *категорией «трудного» пациента.*

Остановимся подробнее на различных классификациях «трудных» людей, которые можно применить и по отношению к пациентам, и, на этой основе, сформулируем модели конструктивного реагирования в конфликтных ситуациях с ними.

1. Классификация конфликтных, «трудных» людей на основе типов акцентуаций характера по К. Леонгарду .

Конфликтологи на основе типологии К. Леонгарда выделяют пять типов «трудных» людей, которые встречаются и среди пациентов медицинских организаций. Это демонстративный, ригидный, неуправляемый, сверхточный и «бесконфликтный» типы (табл.3.9).

Таблица 3.9. Типы «трудных» людей

Демонстративный	Конфликтным поведением привлекает к себе внимание. Провоцирует возникновение поверхностных конфликтов. Рациональное поведение выражено слабо, эмоциональное – сильно. Не уходит от конфликтов, в ситуации конфликтного взаимодействия чувствует себя неплохо.
Ригидный	Характеризуется завышенной самооценкой, подозрительностью, обидчивостью, прямолинейностью, негибкостью. Постоянно требует подтверждения собственной значимости. Не учитывает изменения ситуации и обстоятельств. Не считается с мнением окружающих. Не критичен по отношению к своим поступкам.
Неуправляемый	Характеризуется высоким уровнем притязаний, импульсивностью, агрессивностью, слабым контролем, непредсказуемостью поведения, игнорированием норм общения, отсутствием самокритичности, склонностью во всем обвинять других. Конфликт позволяет ему выплескивать негативные эмоции. Из прошлого опыта извлекает мало уроков.
Сверхточный	Характеризуется скрупулезностью, высокими требованиями к себе и другим до придирчивости, повышенной тревожностью, ранимым отношением к замечаниям окружающих, сдержанностью в эмоциональных проявлениях. Слабо чувствует реальные взаимоотношения в группе.
«Бесконфликтный»	Характеризуется неустойчивостью в оценках и мнениях, высокой внушаемостью, противоречивостью, непоследовательностью в поведении, зависимостью от мнения окружающих, излишним стремлением к компромиссу, слабой волей.

Эта таблица может быть дополнена *тревожным типом пациента,* бессознательное стремление которого справиться со своей тревогой, провоцирует задавание вопросов, ответы на которые могут его успокоить. Таким проявлением «навязчивости» в поведении он может выводить медицинского работника из терпения и невольно побуждать к жесткому конфликтному реагированию.

К особой категории «трудных» людей во взаимодействии можно отнести *одиноких пациентов*, которые с помощью провокаций конфликта могут удовлетворять дефицит общения.

Важно определиться с конструктивным реагированием в соответствии с *категорией трудного пациента.*

2. Болучевская В.В., Павлюкова А.И., Сергеева Н.В. *на основе характерных проявлений пациента* выделили еще ряд их специфических конфликтных типов: скептический, рентный, сутяжный и настырно-требовательный (вязкий).

- *Скептический тип пациента.*

Такие пациенты не готовы к установлению сотрудничества в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительные отношения как на замаскированное стремление заполучить «подопытного

кролика». Для них характерны высказывания: «Не люблю я ходить по врачам», «От лекарств – один вред», или даже: «Я врачам не верю».

Что делать, как реагировать во взаимодействии с пациентом-скептиком? Не пытаться убеждать его словами. Скорее всего, на него большее впечатление произведут не слова, а действия. Во взаимодействии дать пациенту понять, что его внимательно слушают, используя фразы: «Я вас внимательно слушаю», или «Я сейчас вам дам рекомендации, что и как делать, но решать вы, конечно, будете сами».

> ***«Мы не получаем мудрость, мы должны найти ее сами, пройдя путь, где нас никто не сможет пожалеть»***
>
> ***М. Пруст***

- *Рентный тип пациента.*

Доверительные отношения с врачом он стремится использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Обычно такой пациент выглядит настроенным на плодотворное сотрудничество, доверяющим врачу. На самом деле он использует отношения с врачом для других целей. Во-первых, для того, чтобы склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи в домашнем конфликте: «Объясните это, пожалуйста, моей жене», «Это у меня из-за нее депрессия». Подобные просьбы следует расценить как сигнал, предупреждающий об опасности попадания в семейный конфликт. Во-вторых, может злоупотреблять доверием врача, извлекая определенные выгоды из болезни. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. Человеку стремится поддерживать статус больного, используя свои отношения с врачом для получения «официального подтверждения».

Что делать, как реагировать во взаимодействии с такими пациентами? Не позволять злоупотреблять своим доверием.

- *Сутяжный тип пациента.*

Такой тип пациента представляет наибольшую опасность, поскольку зачастую он изначально настроен на конфликт, последствием которого будет судебный иск.

Следует отметить, что эффективное предупреждение судебных исков по поводу неправильного лечения требует особого внимания врача к установлению плодотворного взаимодействия с пациентом, причем это правило распространяется на всех людей, независимо от того, заметна у них склонность к судебным разбирательствам, или нет. И, главное, следовать совету юристов, – вести предельно четкую документацию.

- *Настырно-требовательный тип пациента.*

Он умеет обосновать свои самые бессмысленные требования. Из них *вязкие* пациенты пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду. *Хронически недовольные* люди изводят и часто повергают врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения.

> ***«Не испытывай ненависти к врагу, ибо, возненавидев, станешь отчасти уже и рабом его. Никогда твоя ненависть не будет лучше мира в душе твоей»***
>
> ***Х.Л. Борхес. Фрагменты апокрифического Евангелия***

Что делать, как взаимодействовать с такими пациентами? Настырно-требовательному пациенту следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования. В случае вязких пациентов целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы; медицинское обоснование для назначения очередного

приема необязательно. Столкнувшись с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание на хороший контакт и развитие конструктивных отношений сотрудничества.

3. Интерес для медицинской конфликтологии и тех, кто ее изучает представляет *классификация типов конфликтных личностей Джини Скотт*. Остановимся подробнее на этой классификации.

Пациент «Паровой каток/шермановский танк»

Грубый, бесцеремонный, доминантный, считающий, что все должны уступать ему дорогу. Убежден исключительно в своей правоте.

Как себя вести?

- Поводом для конфликта может стать любая ситуация, не соответствующая его ожиданиям (медленно продвигающаяся очередь; недостаток внимания во время обследования со стороны врача и др.). Если он в этом случае инициирует конфликт, то лучше уклониться / уступить.
- Если все же он активно развивает конфликт, то дать ему «спустить пар». Затем спокойно и уверенно высказать собственную точку зрения, не поставив под сомнение правоту «парового катка».
- Подавить ярость «парового катка» можно собственным спокойствием.

\Пациент «Скрытый агрессор»/«снайпер»

Обычно такой конфликтный тип стремится к закулисным махинациям и другим скрытым проявлениям агрессии в силу того, что не обладает достаточной властью, чтобы действовать открыто. В медицинских конфликтах это может проявляться в агрессивной негативной оценке действий врача/медсестры за пределами кабинета (в палате, коридоре), обсуждая это с другими.

«Конечно, я не могу сказать, будет ли лучше, когда будет по-другому; но могу сказать: если нужно улучшить, необходимо изменить»

Г.К. Лихтенберг. «Книжечка утешений»

Как себя вести?

- Показать «снайперу», что вы выше этого, не опускаясь до обсуждений деструктивных особенностей его поведения.

Либо выразить свои чувства, если вы стали свидетелем его громких заявлений, например, «Мне очень жаль, что вы так восприняли мои слова…»

Пациент «Разгневанный ребенок»/«взрывной человек»

Не злой по своей природе; взрывается, как ребенок, у которого плохое настроение. Как правило, причина в переживании страха, беспомощности, а взрыв эмоций отражает желание взять ситуацию под контроль.

Как себя вести?

- Дать «разгневанному ребенку» накричаться. Затем, когда он успокоится, вести себя с ним, как с обычным, разумным человеком; как будто взрыва и не было.
- Принять его извинения, если они последуют, или отвлечь его внимание от случившегося. Почувствовав, что он снова контролирует ситуацию, «взрывной человек» вернется к спокойному и рассудительному поведению.

Пациент «Жалобщик» (реалистичный / параноидный)

Он охвачен идеей обвинять врача (МС) (кого-то конкретно, или всю систему здравоохранения в целом).

Как себя вести?

- Необходимо выслушать жалобщика, т.к. он считает, что никто не хочет его слушать или относиться к его словам серьезно. Выслушивание возвращает ему ощущение собственной значимости и предоставляет возможность выразить свои чувства.

- Следует показать, что вы поняли сказанное им, возможно, повторить иными словами.
- Если человек начнет повторяться, что характерно для жалобщиков, следует спокойно и уважительно прервать его, переключить его внимание на решение проблемы: Что он собирается делать в сложившейся ситуации? Кто мог бы помочь разрешить конфликт? Если он обвиняет вас, то что вы могли бы сделать вместе для выработки решения?
- Если жалоба обоснована, согласиться с ней. Если же нет, то показать, что вы поняли сказанное, и занять нейтральную позицию. Сделать ударение на том, что теперь, когда суть вопроса ясна, необходимо определить, что же делать дальше.

Пациент «Сверхпокладистый»

Такие люди могут казаться приятными во всех отношениях, не создающими трудностей во взаимодействии, потому что они всегда уступают, стремясь понравиться врачу/медицинской сестре. Но время от времени они создают проблемы: вы полагаетесь на такого человека, который соглашается с вами во всем, а потом оказывается, что его слова расходятся с делом (например, он не следует предписанной схеме лечения, приему медикаментов и др.).

«Действуй всегда так, чтобы увеличить возможность выбора»

Хайнц фон Форстер

Как себя вести?

- Сделать ударение на том, что вас беспокоит не то, согласится он с вами или нет, а его непоследовательность.
- Его следует убедить в том, что ваше отношение к нему будет определяться не тем, что он во всем с вами соглашается, а тем, насколько он будет правдив с вами, и насколько последовательно он будет поступать в дальнейшем.

Во взаимодействии с конфликтными пациентами *важно следовать универсальным правилам предупреждения конфликта*, сформулированным на основе биомедицинской этики:

- относиться с уважением к личности пациента;
- оказывать пациенту психологическую поддержку в затруднительных ситуациях;
- предоставлять ему необходимую информацию (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах);
- предлагать возможность выбора из альтернативных вариантов;
- поддерживать самостоятельность пациента в принятии решений;
- давать возможность осуществления контроля хода исследования и лечения (со стороны пациента);
- стимулировать вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»).

4. Предмет конфликта «медицинский работник-пациент».

В настоящее время изменился типаж современного пациента. По оценке Яковлевой Н.В., это активный, знающий и требовательный потребитель услуги, ориентированный не только на медицинский эффект лечения, но и на качество жизни, социальные и психологические аспекты своего состояния, стоимость лечения.

Соответственно, предметом конфликта является здоровье пациента, ожидания, связанные с медицинским эффектом лечения, качество жизни, социальные и психологические аспекты состояния пациента, стоимость лечения.

В том случае, если медицинским работником вольно или невольно наносится ущерб здоровью пациента, качеству его жизни, не реализуются ожидания, связанные с медицинским эффектом лечения, стоимость лечения не соответствует результатам, «задетый за живое» пациент склонен отстаивать свою правоту, прибегая к сильным конфликтогенам.

С точки зрения конфликтологии медицинскому работнику для того, чтобы реагировать конструктивно, рекомендуется оставаться над провокацией, сохранять включенно-отстраненное состояние, при этом помнить, что здоровье и качество жизни, являющиеся предметом конфликта, – это то, что объединяет, а не разъединяет медицинского работника и пациента во взаимодействии. Это то, что является предметом их общих устремлений и усилий.

5. Характер используемого пациентом конфликтогена по отношению к медицинскому работнику (табл. 3.10).

Таблица 3.10. Характер конфликтогена, используемого пациентом по отношению к медицинскому работнику

п/п	Вид конфликтогена	Пример конфликтогена	Конструктивное реагирование на конфликтоген
1.	претензия	«Вы ко мне не внимательны», «Неужели вы не можете…»	
2.	приказ	«Я пять дней болею, у меня участился кашель, а вы ничего радикального не предпринимаете. Выпишите мне немедленно направление на развернутый анализ крови!»	
3.	угроза	«Если вы меня немедленно не примите, я напишу на вас жалобу»	
4.	морализирование	«Как вам не стыдно так обращаться с больным человеком!»	
5.	оскорбление	Высказывание пациентки в адрес врача на отказ в приеме без очереди: «Да вы просто хамка! Что можно ждать от человека, застрявшего в районной поликлинике!»	
6.	деструктивная критика	«Вы не компетентны, а самомнение у вас…»	
7.	ирония, сарказм	«А что вы заканчивали…? Понятно, столичным вузом вы не избалованы!»	
8.	уличение в ошибке	Бабушка ребенка, обращаясь к педиатру: «Предписанный вами курс лечения не дал положительных результатов, а вот в платном центре нам реально помогли…» (в ходе анализа было выявлено, что ребенку и в платном медицинском центре был выписан тот же самый антибиотик, как и педиатром поликлиники, однако, его курсу лечения они не последовали)	

9.	жалоба	Мама ребенка 4 лет, обращаясь к главному врачу поликлиники: «Я хочу пожаловаться на нашего педиатра, который отказал мне дать направления на ежегодное обследование ребенка всеми узкими специалистами (ЛОР, офтальмолог, невролог, ортопед и др.) и только под моим давлением согласился сделать это» (ежегодное обследование ребенка у узких специалистов не является обязательным)	
10.	обвинение	«Вы виноваты в том, что я не чувствую улучшения»	
11.	протест	«Я не выйду из этого кабинета до тех пор, пока вы мне не напишите направление на обследование…»	
12.	обесценивание	«Я знала, что не могу рассчитывать на ваше внимательное отношение…»	

Приведенные в таблице примеры конфликтогенов дают возможность попрактиковаться в выстраивании ответного конструктивного реагирования на них, опираясь на описанную в первом разделе модель ненасильственной коммуникации и рассмотренные выше рекомендации.

3.13. ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА В КОНФЛИКТЕ

К каким стратегиям реагирования в конфликте может прибегнуть врач/медицинская сестра в зависимости от вышеописанных переменных, т.е. индивидуальных психологических особенностей пациента, его психологического состояния, предмета конфликта и др.?

К. Томас и Р. Килмен на основе трех переменных: ориентация на собственные интересы в конфликте, ориентация на интересы партнера в конфликте и ценность межличностных отношений с оппонентом, – выделяют пять основных стратегий (сотрудничество, компромисс, уступка, уход, принуждение). В конфликтных ситуациях врач/медицинская сестра-пациент *первостепенной* является *ориентация на интересы пациента,* эмпатичное, мягкое отношение к нему, учитывающее его болезненное состояние. Это определяет приоритетность использования вышеперечисленных стратегий поведения медицинского работника в конфликте с пациентом (прил.4,5,6,14).

> ***«Веди себя так, как если бы ты уже верил»***
>
> ***Б. Паскаль***

Остановимся подробнее на характеристиках каждой из стратегий. Наибольшей эффективностью в результативности лечения и выздоровления пациента обладает стратегия *сотрудничества.*

Сотрудничество: совместные усилия, направленные на решение проблемы пациента

- Характеризуется высоким уровнем направленности на интересы пациента со стороны медицинского работника, а также высоким уровнем взаимного уважения.
- Сотрудничество предполагает максимальную заинтересованность, направленность внимания медицинского работника на предмет конфликта, которым является состояние здоровья пациента, его выздоровление.
- Стратегия сотрудничества включает в себя все другие стратегии (компромисс, уступка, уход, принуждение). При этом другие стратегии играют подчиненную роль, они являются психологическими факторами развития взаимоотношений между субъектами конфликта: врачом/медицинской сестрой-пациентом.

Компромисс: взаимные уступки в достижении договоренностей

В том случае, когда нет возможности опираться на стратегию сотрудничества, можно прибегнуть к стратегии *компромисса.*

- Эту стратегию следует использовать, когда пациент проявляет упрямство, неготовность сотрудничать в принятии решения, связанном с выбором стратегической линии лечения (оперативной, терапевтической, физиотерапевтической), реализацией курса лечения. Врач выражает готовность пойти на определенные временные уступки. Например, если пациент не соглашается на необходимое оперативное вмешательство, а врач видит, что без операции эффективный результат не может быть достигнут. Обращаясь к стратегии компромисса, врач соглашается пойти на уступку пациенту и продолжить терапевтическое лечение. Пациент через некоторое время, чувствуя, что его состояние ухудшается, принимает решение идти на операцию.

> ***«Если хочешь увидеть, начинай действовать»***
>
> ***Хайнц фон Форстер***

- Компромисс способствует положительному развитию межличностных отношений.
- Компромисс конструктивен, когда является этапом на пути поиска решения конфликта.
- Может исчерпать конфликтую ситуацию при изменении обстоятельств, вызвавших напряженность.
- Может принимать активную (достижение четких договоренностей, принятие каких-то обязательств) и пассивную (отказ от каких-либо активных действий) формы.

Уступка: возможность предупредить эскалацию конфликта

Когда пациент использует обвинения, жалобы по поводу качества лечения, медицинской коммуникации, можно прибегнуть к стратегии *уступки* (даже в том случае, если обвинения пациента не носят объективный характер).

- Уступка позволяет погасить эмоциональную накаленность пациента, находящегося в позиции обвинителя, жалобщика.
- Приоритет отдается межличностным отношениям с пациентом.
- Стратегия уступки эффективна (конструктивна) как тактический шаг на пути разрешения конфликта (когда условия для его разрешения еще не созрели). Когда пациент успокоится, можно обратиться к стратегии сотрудничества.

Уход: не отвечать на провокацию к конфликту

Когда конфликтная ситуация, провоцируемая пациентом, не имеет существенного значения, можно обратиться к стратегии *ухода*, т.е. не обращать внимание на его конфликтную провокацию. Например, пациент в силу своего тяжелого психофизического состояния, либо индивидуальных психологических особенностей, либо того и другого вместе, «набрасывается» на медицинского работника, используя угрозы, обвинения,

оскорбления и др. В этом случае рекомендуется не вступать с пациентом в диалог в этот момент, не отвечать ему.

- Использование временного ухода от конфликта с пациентом может становиться хорошим тактическим ходом для перспективного достижения сотрудничества. Когда пациент успокоится, возвращаться к конструктивному взаимодействию с ним.
- Часто выбор данной стратегии осуществляется в пользу поддержания позитивных отношений с пациентом.

Принуждение (борьба, противоборство): стратегия, используемая в исключительных случаях

К стратегии *принуждения* в медицинской коммуникации стоит прибегать как можно реже, поскольку ее использование может становиться причиной эскалации конфликта. Она носит ярко выраженный деструктивный характер, активно опирается на применение силы, власти, авторитета медицинского работника.

- Использование стратегии принуждения врачом/медицинской сестрой часто становится причиной жалоб пациента на медицинского работника в вышестоящие организации (Комитеты по здравоохранению исполкомов, Министерство здравоохранения), судебных исков в прокуратуру.
- К ней целесообразно прибегнуть медицинскому работнику в том случае, если поведение пациента представляет угрозу для него самого, либо для медицинского работника.

Для закрепления материала раздела читателю полезно проверить себя (прил.4,5,7,9,10).

3.14. КОНСТРУКТИВНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА НА ПРОВОКАЦИИ ПАЦИЕНТА. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Типичное поведение пациента, провоцирующее медицинского работника к конфликту, проявляется в:

1) выражении потребительского отношения к медицинскому работнику (восприятии медицины как сферы услуг, а врача/медицинской сестры – как человека, который обязан качественно оказывать эту услугу)

2) перекладывании ответственности за свое состояние на медицинского работника (завышенные требования к результатам, срокам лечения; обвинение врача в неудовлетворительном результате лечения)

3) недобросовестном следовании предписанному курсу лечения (уклонение от курса лечения, невыполнение рекомендаций врача)

4) проявлении доверия пациента к информации из интернета и самодиагностике, а не к врачу

5) неуважительном отношении к медицинскому работнику, грубости, хамстве.

Как конструктивно реагировать на конфликтное поведение пациента? Какие *общие правила, рекомендации* могут помочь медицинскому работнику справиться с конфликтными ситуациями?

1. Рассматривать встречу с конфликтным пациентом как встречу, которая открывает новую возможность для личностного роста, развития конфликтологической культуры.
2. Внимательно выслушивать оппонента, оставаясь в позиции «над провокацией» к конфликту (не вестись на провокацию, нападая или оправдываясь).
3. Брать инициативу в свои руки (до этого она была в руках пациента-провокатора).

4. Демонстрировать спокойную уверенность в себе без проявления высокомерия.

5. Осознавать, анализировать, продумывать алгоритм разрешения конфликта.

6. Устанавливать сотрудничество с пациентом, опираясь на партнерскую модель взаимодействия, не прибегая к власти, уходя от родительской позиции силы (приказного тона, игнорирования вопросов, невежливых форм обращения). Избегать соблазна: наказывать, мстить пациенту, обвинять или упрекать, критиковать, предъявлять претензии, ставить ультиматум. Воспринимать пациента на равных, уважать его право на собственное мнение (не «продавливать» свою точку зрения), не обесценивать его решения, если они не создают препятствий на пути достижения результатов лечения. Уважать ценности пациента, его опыт.

«Конструктивная модель поведения личности в конфликте характеризуется тем, что индивид стремится уладить конфликт, нацелен на поиск приемлемого решения, отличается выдержкой и самообладанием, доброжелателен к сопернику, открыт и искренен, лаконичен и немногословен в общении»

7. Высказывать свои гипотезы, ожидания, предложения для обсуждения с пациентом.

8. Не оправдываться в ответ на обвинения, претензии, критику пациента. В том случае, если высказывания пациента носят конфликтный, но правдивый характер, – признать ошибку, принести извинения и остановиться на способах исправления ситуации. Например, «Недопустимо то, что произошло. Мы приносим вам свои извинения. Расскажите об этом подробнее… Нами будут предприняты все меры для того, чтобы те, кто виновен, понесли наказание, и чтобы в ближайшее время ситуация была разрешена». В том случае, если эмоциональное высказывание обусловлено только состоянием пациента, особенностями его характера, проговорить чувства пациента, демонстрируя готовность понять их. Выразить уважение к его чувствам, желание изменить ситуацию, чтобы нейтрализовать его (пациента) негативную реакцию («Я понимаю, что вы сейчас очень расстроены…, но вместе мы справимся, разработав четкий план лечения»). Противопоставить свое спокойствие эмоциональному реагированию пациента, выразить свои чувства («Мне очень жаль, что вы так эмоционально включились, мы стараемся помочь вам…»). Перенести разговор на некоторое время, когда пациент будет готов к спокойному диалогу. Например, если такая ситуация сложилась с пациентом в больнице: «Я тороплюсь сейчас на обход, но обязательно зайду к вам после обеда и мы обсудим это».

«У нас нет возможности изменить реакцию человека (пациента). Мы можем на нее конструктивно отреагировать»

9. Распределять ответственность за результаты лечения, выздоровления между собой и пациентом. Апеллировать к правилам, которых следует придерживаться для достижения хороших результатов лечения, если речь идет о том, что пациент их нарушает («Я надеюсь, вы понимаете, насколько важной является *ваша настроенность* на выздоровление, неукоснительное выполнение рекомендаций…»),

описывать пациенту последствия несоблюдения рекомендаций.

10. Преодолевать дезинформацию пациента, опираясь на техники и приемы психологического влияния: убеждения, внушения, заражения, позитивного примера (см. раздел I).

11. Демонстрировать модель неагрессивного поведения: доброжелательность, контроль эмоций, опора на техники активного слушания, повторения, задавания вопросов и др.

12. Сохранять положительную репутацию пациента, демонстрирующего конфликтное выражение своего эмоционального состояния («Я уверен, что вы как умный (заинтересованный в своем выздоровлении) человек примете правильное решение…»).

13. Использовать юмор для разрядки напряженной ситуации.

Соблюдение этих правил может помочь медицинскому работнику более спокойно принимать конфликт, находить больше возможностей для конструктивного реагирования (прил. 14,16).

3.15. ПРИМЕРЫ КОНСТРУКТИВНОГО РЕАГИРОВАНИЯ НА ПРОВОКАЦИОННЫЕ ВЫСКАЗЫВАНИЯ ПАЦИЕНТА

1. Обращаться по имени, приглашать присесть, говорить спокойным голосом, моделировать расслабленную позу и жесты, замедлять и углублять дыхание.

2. Говорить пациенту о своем уважительном, добром отношении («Я уважаю ваши взгляды/ценности…», «Я беспокоюсь о вас…»).

3. Прибегать к внушению о достижении позитивных результатов диалога («Я уверена, что мы найдем с вами общий язык и сможем договориться …»).

4. Прибегать к спокойному разъяснению, запросив у пациента дополнительную информацию («Хорошо было бы, если бы вы точно объяснили, что произошло…», «Объясните, что вы понимаете под...»).

5. Вовлекать в совместное решение проблемы («Давайте определимся, что мы будем делать…?»).

6. Реагировать комплиментом на конфликтную провокацию пациента («От такой красивой женщины неожиданно такое услышать...»).

7. Конструктивно сообщать о своих границах («Буду рад (а) продолжить разговор с вами в конструктивном русле»).

8. Конструктивно реагировать на оскорбительное высказывание пациента («Могли бы мы продолжить диалог, не прибегая к оскорблениям?», «Как вы думаете, что может помочь нам общаться более конструктивно?», «Я всего лишь стараюсь помочь вам…»).

9. Использовать «заезженную пластинку» с конструктивным высказыванием («Мы делаем все возможное, чтобы помочь вам»), повторяя в разных вариантах до тех пор, пока пациент услышит и начнет успокаиваться.

10. Прекращать разговор, если договориться не удается («Этот разговор становится слишком напряженным, думаю, что лучше, если мы поговорим позже») (прил.16).

3.16. КОПИНГ-СТРАТЕГИИ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ, СВЯЗАННЫМ С КОНФЛИКТАМИ

Деструктивные конфликты способны вызвать сильное состояние стресса, (застревание), в котором могут быть негативные последствия для здоровья, работоспособности медицинского работника, его взаимодействия с другими. Помогают справиться с негативными последствиями стресса различные стратегии совладания с ним, которые называют копинг-стратегиями.

К каким же копинг-стратегиям лучше прибегнуть, если остались не отреагированными негативные чувства и переживания, обусловленные деструктивным поведением пациента в конфликте и необходимостью контролировать собственное поведение? Остановимся на наиболее конструктивных из них:

> *«... Люди всегда ругают обстоятельства за свои проступки. Я не верю в обстоятельства. Люди, которые живут в этом мире – это те, кто сами ищут нужные для себя обстоятельства. А если не могут их найти, то создают их себе сами...»*
>
> *Л.Б. Шоу*

- Осуществить детальный анализ произошедшей конфликтной ситуации с точки зрения структуры конфликта, его динамики, используемых пациентом конфликтогенов, особенностей собственного поведения (своей роли в возникновении конфликта и предпринятых действий для разрешения), а также возможностей конструктивного реагирования в такой ситуации. Посмотреть, что можно сделать, какой альтернативный конструктивный ход осуществить для минимизации последствий конфликта, если это возможно, а если невозможно – принять решение о том, как можно действовать конструктивно в подобной ситуации в следующий раз.
- Дать положительную переоценку конфликтной ситуации (попробовать для себя ответить на вопрос: чему научила меня эта ситуация?). После положительной переоценки ситуация воспринимается менее острой, деструктивной.
- Обратиться к позитивной поддержке значимых людей (коллег, друзей, близких), поговорив с ними об этой ситуации.
- использовать дистанцирование с опорой на когнитивные установки отделения от ситуации, и уменьшения ее значимости. Можно использовать для этого технику НЛП «Кинотеатр» (прил. 16).
- Обратиться к уходу от переживаний, связанных с конфликтной ситуацией (пойти в спортзал, совершить пешую прогулку, послушать оптимистичную музыку, посмотреть фильм, заняться любимым делом и т.д.).
- Использовать конструктивное рациональное самоубеждение для укрепления собственной ценности: «Мне не следует обидные конфликтогены пациента принимать на свой счет. Они обусловлены его болезненным состоянием, страхами» и т.д.

> *«Нет конфликта, нет и драмы»*
>
> *Д.Б. Шоу*

- Прибегнуть к эмоциональной разрядке, используя боксерскую грушу, крик (крикотерапия) и др.
- Обратиться к оптимистичным аффирмациям (утверждениям), поддерживая уверенность в том, что из любой трудной ситуации есть выход.
- Переключиться на альтруистическую деятельность, помогая другим людям. Это позволяет забыть о конфликте, переопределить его значимость.
- Использовать релаксационные техники для снятия излишнего эмоционального напряжения (дыхательные практики, медитации, аутотренинг).
- Взглянуть по возможности на конфликтную ситуацию с чувством юмора.

3.17. ЧТО ДЕЛАТЬ ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ МИНИМИЗИРОВАТЬ КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ?

С целью предупреждения конфликтов в ОЗ руководителю (заведующему отделением, главному врачу, главной МС) следует:

- периодически проводить анонимные опросы медицинских работников для изучения мотивации сотрудников, характера их межличностных отношений, приверженности профессиональной деятельности, их лояльности организации;
- разрешая конфликты, стараться лучше узнать своих сотрудников, выяснять их потребности, понять, что их мотивирует/демотивирует;

- стимулировать, формулировать предложения по совершенствованию межличностной коммуникации (всех ее направлений: врач-пациент, медицинская сестра-пациент, медицинская сестра-медицинская сестра, врач-медицинская сестра и др.), отношений в коллективе;
- периодически проводить опросы сотрудников (медицинских работников) по оценке руководителей (заведующих отделениями, главврача, главной медицинской сестры и др.): их профессиональных компетенций, коммуникации, поведения как руководителя.

Особое внимание следует уделять оценке конфликтологических компетенций руководителя в разрешении различных сложных ситуаций в медицинском взаимодействии, деятельности (прил.2-9,11,15).

Чем выше компетенции медицинских работников (врачей, медицинских сестер, руководителей) в разрешении конфликтов, тем ниже сумма потерь организации (АПО, БО, медицинского центра) (прил.16).

3.18. ПОДСКАЗКИ РУКОВОДИТЕЛЮ

Для того, чтобы оценить, сформированы ли важные профессиональные умения soft skills (коммуникативные, конфликтологические), обеспечивающие оптимальный характер взаимодействия в медицинском коллективе, можно обратиться к методике ***360 градусов*** (рис. 5). Она позволяет собрать и осуществить комплексный анализ информации о медицинском работнике (его действиях и поведении в различных рабочих обстоятельствах, личностных и деловых качествах, компетентности) с учетом мнения всех сторон: непосредственного руководителя (заведующего отделением, главного врача, главной медсестры), коллег, подчиненных, а также самого медицинского работника. Проведение этой методики может стать мощным стимулом в работе со своими «слабыми» местами, "провисающими компетенциями". Этот стимулирующий эффект особенно полезен при оценке руководителей, а также в продвижении сотрудников для повышения в должности.

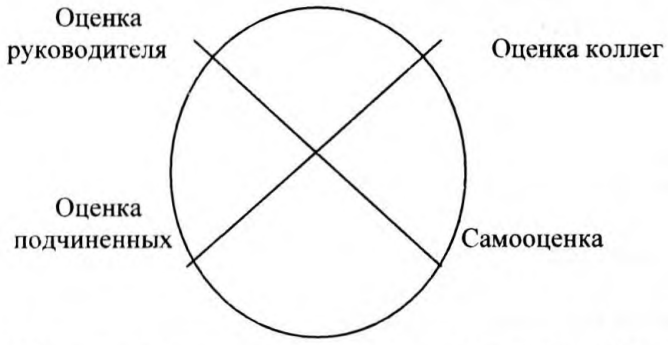


Рис. 5. Оценка медицинского работника по методике 360 градусов.

Типичные качества, которые оцениваются с помощью методики 360 градусов:

- коммуникабельность (инициативность, умение слушать, доброжелательность и др.);
- выдержка, самообладание (умение сдерживать негативные эмоции);
- умение брать на себя ответственность;
- проявление эмпатии, внимательности к пациентам;
- взаимодействие с коллегами (уважительность, доброжелательность, открытость, вежливость, взаимопомощь);
- забота о подчиненных (для руководителей).

Оценивая вышеназванные качества, можно прогнозировать, насколько конструктивным будет поведение медицинского работника в конфликте и уменьшить последствия для ОЗ (прил.14-16).

3.19. ОШИБКИ В УРЕГУЛИРОВАНИИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПСИХОЛОГИИ

Наиболее распространенными ошибками руководителей в практике по урегулированию конфликтных ситуаций с точки зрения организационной психологии, по мнению Бершадской М.Б. являются:

- отодвигание или непринятие конфликтной ситуации медицинского работника с пациентом;
- запаздывание в принятии необходимых мер (конструктивного разговора с пациентом (родственниками пациента), своевременного вмешательства заведующего отделением (главврача), организации переговоров по улаживанию конфликтов и др.;
- попытка разрешить конфликт без выяснения его истинных причин, целей участников;
- попытка решить конфликт каким-либо одним способом (например, с позиции силы, одним авторитарным решением или мягкими дипломатическими методами), шаблонное, однобокое применение схем, методов урегулирования конфликта;
- невмешательство в конфликт, надежда на его саморегулирование и самостоятельное разрешение;
- отсутствие мер по реализации принятого решения.

Это может приводить к эскалации конфликта, к тому, что он может принять необратимые последствия (написание пациентами жалоб в Министерство здравоохранения, оформление судебных исков и др.).

3.20. РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ СОБСТВЕННОЙ КОНФЛИКТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Для того, чтобы более успешно справляться с конфликтными ситуациями во взаимодействии с пациентами, медицинским работникам следует ориентироваться на постоянное развитие своей конфликтологической культуры. Ее программа может включать:

1) развитие осознанного взгляда на конфликт (понимание *личного* вклада на основе анализа кризисной ситуации общения);

2) формирование навыков толерантности к индивидуальным особенностям партнера по общению (пациента, коллеги, подчиненного);

3) развитие умения конструктивно (не агрессивно) высказывать свое мнение, выражать свои чувства;

4) развитие навыков поведения в конфликте (в ситуации проявления агрессивности со стороны пациента), отработка приемов конструктивного ответа на конфликтогены;

«Конфликт любой уладит мудрец, владеющий собой»

Т. Александров

5) освоение способов снятия внутренней напряженности, реагирования на агрессию, гнев и другие негативные эмоции во время конфликта и в постконфликтный период в конструктивной форме.

С целью развития конфликтологических умений хороший эффект дает работа с проблемными ситуациями/кейсами в профессиональной деятельности (прил. 17). Каждая конкретная ситуация предполагает проведение анализа и разработку конструктивной модели разрешения. Например:

1. Закончился рабочий день. Пациент опоздал, однако, агрессивно настаивая, требует приема.

2. Пациент отказывается от операции, которая ему жизненно необходима.

3. После приема за дверью кабинета – пациентка, которой вы отказали в выдаче больничного листа, обсуждает вашу некомпетентность так громко, что слышно в кабинете.

Если, анализируя эти ситуации, у вас появляется два-три варианта конструктивного реагирования в формате ненасильственной коммуникации – значит, позитивный результат прочтения пособия – достигнут, и в дальнейшем остается его только закреплять в своей профессиональной деятельности.

Резюме. В главе раскрывается понятие медицинского конфликта как коммуникативного феномена, его причины, динамика, последствия, профилактика, стратегии и модели конструктивного разрешения. Рассмотрены копинг-стратегии для эффективного совладания со стрессом, обусловленным конфликтом. Описаны ошибки в урегулировании конфликтных ситуаций в медицинской практике, примеры конструктивного реагирования медицинского работника в конфликте с пациентом, подсказки руководителю, что делать, чтобы минимизировать конфликты в медицинской сфере. Представлена работа по развитию собственной конфликтологической культуры, являющейся важной составляющей профессиональных компетенций медицинского работника.

Вопросы для саморазвития

6. Дайте определение понятия конфликта «медицинский работник-пациент» с точки зрения организационной психологии.

7. Назовите причины конфликта «врач/медицинская сестра– пациент»?

8. Каковы основные направления профилактики медицинских конфликтов?

9. Перечислите основные переменные, определяющие характер конструктивного реагирования на конфликтоген (во взаимодействии «пациент-медицинский работник»), и примеры конструктивного реагирования на провокационные высказывания пациента.

10. Охарактеризуйте основные стратегии поведения медицинского работника в конфликте.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для широкого круга медицинских работников представлена комплексная информация по эффективной коммуникации с разными пациентами, способствующая гармоничному взаимодействию участников и удовлетворенности населения качеством медицинской помощи. Практическая ориентированность пособия обеспечивается значительным выбором приложений и ситуационных задач.

Многовековая история развития конфликтологии как симбиоза наук философии, социологии, психологии, педагогики, политологии, юридических знаний и интерпретации конфликта приводит к пониманию сложности проблемы конфликтов в труде врачей и МС.

«Конфликты, они повсюду, они касаются всего, что мы делаем, всех, с кем мы общаемся, но самое смешное то, что все споры, по сути, одинаковы. Два человека кричат, обвиняют друг друга, избегают и при этом боятся сказать друг другу о своих чувствах. Просто поговорите, когда хочется сбежать, откройтесь, когда хочется напасть, это же так просто, так очевидно, но в тоже время так тяжело», считает Далай Лама.

Институт совершенствования здравоохранения (Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, Massachusetts, США) поставивший тройную цель, которая оптимальна для работы системы здравоохранения в целом, предложил для этого «тройную цель». Она состоит из улучшения качества медицинской помощи пациентам, развития приверженности к здоровью для улучшения общественного здоровья и снижении затрат на лечение на душу населения, что достижимо благодаря партнерству с пациентом и его семьей.

В практике медицины происходит трансформация модели, ориентированной на поставщика медицинских услуг, основанной на милосердии и авторитаризме врача, к новой, ориентированной на персонифицированную модель на основе автономии (Сачек М.М., Маймур А.В., 2021). При этом медицинский работник становится помощником пациенту в принятии обоснованных решений с целью улучшения результатов здоровья этого конкретного человека на участке врача общей практики, что в итоге повлечет реальное воздействие на общественное здоровье. Развитие цифровизации в здравоохранении может помочь в оценке эффективности медицинских вмешательств, как это происходит в настоящее время борьбы с преодолением пандемии коронавирусной инфекции.

Предоставление доступа к записям врача в электронной медицинской карте пациента снижает уровень тревоги, улучшает контроль своего состояния и эмоциональное здоровье (Stewart M. и соавт., 2000), а пациенты более удовлетворены (движение OpenNotes при оказании медицинской помощи).

Совершенствование системы дополнительного медицинского образования базируется на принципе обучения на протяжении всей жизни, постепенном внедрении элементов отработки практических навыков общения с помощью симуляционных методик, возрастании междисциплинарного взаимодействия в интересах обмена опытом по улучшению эффективного взаимодействия людей, что в полной мере отражено в предлагаемом к изучению материале.

С учетом новейших исследований в области конфликтологии в пособии отведено достаточное место трем главным способам урегулирования конфликтных ситуаций (доминированию, компромиссу и интеграции), сводящимся в итоге к высказыванию Л. Козера: «Общность интересов вынуждает соперников принять такие правила, которые усиливают зависимость друг от друга в самом процессе отстаивания антагонистических целей. Договоренности подобного рода способствуют самоликвидации конфликта…».

Все неравнодушные к чужим проблемам люди похожи на пчел в высказывании старца Паисия Святогорца: «Одни люди похожи на пчелу, а другие на муху. Те, кто похож на муху, в каждой ситуации выискивают что-то плохое и занимаются только этим. Ни в чем они не видят ни капли доброго. Те, кто похож на пчелу, находит доброе, во всем. Человек поврежденный и мыслит поврежденно».

ГЛОССАРИЙ

Агрессия – враждебная внутренняя установка, враждебный тип действий индивида по отношению к другому человеку, группе, стране и выражающийся в нанесении вреда, ущерба, поражения сопернику в конфликтных столкновениях; применении вооруженной силы одним государством против суверенитета, территориальной или политической независимости другого государства или народа (нации).

Ассертивность – способность человека не зависеть от внешних влияний и оценок, это умение чувствовать себя уверенно вне зависимости от мнения окружающих, и при этом быть в гармонии с другими (Manuel J. Smith). Уровень ассертивности положительно коррелирует с психологическим здоровьем и самооценкой, если человек психологически здоров и у него нет проблем с самооценкой – он, скорее всего, ассертивен, и наоборот.

ACT-Accelerator (акт акселерейтор) – инициатива Генерального директора ВОЗ, Президента Франции, Председателя Европейской комиссии и Фонда Билла и Мелинды Гейтс, представленная в 2020 г. как высший приоритет в период пандемии через достижение справедливого доступа к вакцинам, тестам и лечению COVID-19, обеспечение сильных сторон систем здравоохранения в мире, получение эффективных инструментов противодействия пандемии и содействие универсальному охвату услугами здравоохранения в мире. Цель - объединение усилий правительств, организаций здравоохранения, ученых, деловых кругов, гражданского общества и благотворителей по ускорению процесса ликвидации пандемии. Согласно порядку ускоренной разработки, справедливое распределение в страны с низким и средним уровнем дохода будет осуществлена массовая доставка 500 млн. диагностических тест-систем, 245 млн. комплектов терапии до середины 2021 г., а также 2 млрд. доз вакцин, из которых 1 млрд. доз будет закуплен до конца 2021 г.

Барьеры общения – препятствия для взаимодействия людей, факторы, служащие причиной неэффективного взаимодействия, конфликтов или способствующие им.

Взаимодействие – способ организации совместной деятельности, осуществляемой на основании социального восприятия и с помощью общения. В «Словаре русского языка» С. Ожегова значение слова «взаимодействие» объясняется как взаимная связь двух явлений; взаимная поддержка.

Взаимодействие конфликтное – процесс взаимных негативных воздействий индивидов. Групп, движений, партий, этносов, стран друг на друга, в процессе которых сталкиваются между собой интересы, цели, устремления, ценностные ориентации соперничающих субъектов конфликта.

Виктимность – (лат. «victima» – жертва) – особенность поведения человека, ненамеренно навлекающего на себя агрессию со стороны других людей. Одно из первых определений этого явления – свойство быть жертвой, но можно рассматривать его как патологию. Подобное отклонение основано на предрасположенности, внешних обстоятельствах и на влиянии социума.

Дисфункциональный конфликт – конфликт, приводящий к уменьшению степени, ослаблению сотрудничества между группами, снижению эффективности деятельности организации.

Инцидент – случай, недоразумение, столкновение или происшествие, как правило, неприятное, затрагивающее интересы одной или обеих враждующих сторон и используемое ими для развязывания конфликтных действий.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих ее способность удовлетворять потребности пациента с учетом стандартов здравоохранения, соответствующих современному уровню медицинской науки.

Компромисс – соглашение на основе взаимных уступок.

Коммуникация – обмен информацией между двумя и более лицами в устной, письменной форме или при помощи жестов, интонации и др.

Компетентность – способность выполнить поставленную задачу и наиболее эффективно справиться с предписанными функциями.

Комплаенс - (англ. compliance - согласие, соответствие; от глагола to comply - исполнять) - означает действие в соответствии с запросом или указанием; достижение взаимопонимания и согласия в триаде «пациент - МС - врач» за счет рационального ведения престарелого пациента. Предполагает обязательное выполнение больным человеком врачебных рекомендаций, соответствующих каким-либо внутренним или внешним требованиям или нормам пациента, старческий возраст которого не служит причиной недостаточного взаимодействия. Правильный подход обеспечивает достижение результата использованием словесных и письменных инструкций, уменьшением числа назначаемых медикаментов, предпочтением пролонгированных лекарственных форм и комбинированных препаратов.

Коморбидность – (от лат. – «со» – вместе + «morbus» – болезнь) – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом, осложняющим диагностику, прогноз и лечение пациента.

Конгруэнтность – полное соответствие внутреннего состояния человека, связанного с переживанием тех или иных потребностей, мыслей и чувств, внешним проявлениям в коммуникации, т.е. тому, что он говорит и как говорит.

Консенсус – единодушное общее согласие, договоренность, характеризующееся отсутствием серьезных возражений по существенным вопросам у большинства заинтересованных сторон, достигаемые в группе, коллективе путем процедуры, стремящейся учесть мнения всех сторон и сблизить несовпадающие точки интересов посредством открытого выражения взглядов, мнений, последующего обсуждения с целью достижения приемлемого для всех решения.

Конформизм – некритическое принятие индивидом или группой и безоговорочное следование господствующим мнениям, оценкам, стандартам поведения. По направленности он противоположен конфликтному поведению индивидов и групп.

Конформность – подверженность человека реальному или воображаемому давлению группы; проявляется в изменении его поведения и установок соответственно первоначально не разделявшейся им позиции большинства.

Конфликт - (лат. conflictus — столкнувшийся)— наиболее острый способ разрешения противоречий в интересах, целях, взглядах, возникающих в процессе социального взаимодействия, заключающийся в противодействии его участников и обычно сопровождающийся негативными эмоциями, выходящий за рамки правил и норм.

Конфликтогены – слова, жесты, оценки, суждения, действия или бездействия одной или обеих взаимодействующих сторон, способные привести к возникновению конфликтной ситуации и к ее перерастанию в реальный конфликт.

Медиация – способ досудебного решения конфликта. Одна из технологий альтернативного урегулирования споров с участием третьей нейтральной, не заинтересованной в данном конфликте стороны - медиатора, помогающего сторонам выработать определённое соглашение по спору, при этом стороны полностью контролируют процесс принятия решения по урегулированию спора и условия его разрешения. Основывается на принципах добровольности, конфиденциальности, взаимоуважения, равноправия сторон, нейтральности и беспристрастности медиатора, готовности ознакомиться с культурными различиями других народов, а также прозрачности процесса.

Негативизм – немотивированное поведение, проявляющееся в действиях, намеренно противоположных требованиям и ожиданиям других индивидов или социальных групп.

Правило «сглаживания» – способ превращения накапливающейся энергии конфликта в энергию сотрудничества, проявляющийся в стремлении одного из партнеров

не выпускать наружу признаков озлобления, ожесточенности и раздражения, апеллируя к потребности в солидарности и сотрудничестве с оппонентом.

Само менеджмент (тайм-менеджмент) – техника, подразумевающая рациональное использование временных ресурсов, позволяющая достигать лучших результатов при меньших нагрузках МС с помощью применении эффективных методов по экономии ресурсов с целью максимального их использования.

Смехотерапия (гелотолечение) (греч. гелос – смех) – техника применения терапевтического юмора различными специалистами, направленная на улучшение понимания пациентом себя, своего поведения, настроения, создающая позитив душевного состояния как прием психотерапии. Помогает человеку увидеть и открыть различные нелепости жизненных ситуаций, нормализует физическое и эмоциональное самочувствие, направляет к более высокому уровню разрешения проблемы, увеличивает желание познания и духовно обогащает.

Социальная фасилитация – стимулирующее влияние поведения одних людей (наблюдение за действиями индивида, соперника) на деятельность других, в результате которого их деятельность протекает интенсивнее (например, одни спортсмены улучшают результаты при поддержке болельщиков, другие - тренируясь в уединении; каким-то пациентам необходима психологическая поддержка при известии о фатальном заболевании, другим - одиночество и молчание).

Способы разрешения конфликтов:

административные (нормативный метод, «разделяй и властвуй»; выбор наименьшего из двух зол, метод «козла отпущения»);

педагогические (посредничество третьего лица, убеждение, взаимное примирение сторон, признание вины одним из участников);

структурные (увеличение дистанции между участниками, перевод в разные смены, командировка);

межличностные (возможность человеку высказаться, посредничество третьего лица, увеличение дистанции между участниками конфликта).

Типичные ошибки в области урегулирования конфликтов: запаздывание в принятии необходимых мер; попытка разрешить конфликт без выяснения его истинных причин; использование только карательных мер по урегулированию конфликта или, наоборот, только дипломатических переговоров; шаблонное применение схем урегулирования конфликта без учета его типа, особенностей.

Урегулирование и разрешение конфликтов – это система мер, направленная на их предотвращение, поиск путей выхода из конфликта. Можно выделить

Управление конфликтом – это целенаправленное воздействие по устранению (минимизации) причин, породивших конфликт, или по коррекции поведения участников конфликта, изменению их целей.

Фандрайзинг – сбор пожертвований, привлечение сторонних ресурсов для реализации социально значимых задач, культурных проектов или поддержания существования организации. Процесс сбора пожертвований включает в себя поиск потенциальных жертвователей.

Фасилитация – организации общения, при которой врач (МС) вербальными и невербальными сигналами поощряет рассказ пациента.

Фрейминг – особый метод структуризации социального смысла. «Сформулируй по-другому, и ты изменишь любое мнение. Это подвластно любому, кто вносит в смысл изменения» (Дибров А.М.).

Экспектация – система ожиданий или требований относительно норм исполнения человеком социальных ролей, часто этим пользуются для оценки «правильного» и «неправильного» поведения своего или другого человека. Это совпадение, или не совпадение ожиданий с «идеальным образом», если они не оправдываются, человек может чувствовать негативные эмоции (раздражение). Завышенные ожидания могут приводить к разочарованию и негативным эмоциям.

Эмпатия – постижение эмоционального состояния, сочувствия, сопереживания, сострадания.

Эмпаурмент – расширение прав и возможностей, общее настроение деятельности, определяемое проводимой руководством политикой.

Эффективная коммуникация – свершившийся коммуникационный акт, в результате которого достигнуты поставленные для взаимодействия цели. Для ее осуществления коммуникатор должен обладать специальным набором навыков общения, которые помогают задействовать чувства и эмоции человека, чтобы добиться от него ожидаемого результата.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Пример эмпатичного диалога медицинской сестры с пациентом и его женой

У пациента только что диагностировали последнюю стадию рака легких. Сцена происходит в его доме. Участники: пациент, его жена, приходящая медсестра. Это последняя возможность для пациента установить эмоциональный контакт с женой и поговорить о смерти, перед тем как его поместят в больницу. Жена начала разговор с медсестрой с жалобы на физиотерапевта, из бригады оказания медицинской помощи на дому.

Жена: она плохой врач.

Медсестра (сочувственно прислушиваясь к желаниям и чувствам жены): Вы раздражены и хотите более высокого качества медицинских услуг?

Жена: Она ничего не делает. Запрещает ему ходить, когда у него пульс учащается.

Медсестра (продолжая прислушиваться к чувствам и желаниям жены): Вы хотите, чтобы вашему мужу стало лучше, и боитесь, что этого не случится, если физиотерапевт не будет подталкивать его?

Жена (начиная плакать): Да, я так боюсь!

Медсестра: Вы боитесь потерять его?

Жена: Да, мы так давно вместе!

Медсестра (прислушиваясь к другим потребностям, которые скрываются за страхом): Вы переживаете о том, как будете себя чувствовать, если он умрет?

Жена: Просто не могу себе представить, как буду жить без него. Он всегда был рядом. Всегда...

Медсестра: И вам грустно, когда вы думаете о жизни без него?

Жена: Знаете, у меня ведь больше никого нет. Дочь со мной даже не разговаривает.

Медсестра: Кажется, когда вы думаете о своей дочери, вы расстроены, потому что хотели бы с ней других отношений.

Жена: Да, хотела бы, но она такая эгоистка! Я вообще не знаю, зачем завела дочь. Толку мне сейчас от нее!

Медсестра: Судя по всему, вы злы и разочарованы, потому что хотели бы иметь больше поддержки от своей семьи во время болезни мужа.

Жена: Да, он очень болен! Я не знаю, как мне пройти через все это одной. У меня никого нет, и даже поговорить не с кем, разве что с вами сейчас... Даже он сам не говорит об этом... Взгляните на него! (Муж сидит молча и бесстрастно). Он ничего не говорит!

Медсестра: Вам грустно, потому что хотелось бы, чтобы вы поддерживали друг друга и чувствовали более тесную связь?

Жена: Да. (Помолчав, она высказывает просьбу). Поговорите с ним так, как со мной.

Медсестра (желая прояснить потребность, которая скрывается за просьбой жены): Вы хотите, чтобы его выслушали и помогли высказать то, что он чувствует?

Жена: Да, да, именно так! Я хочу, чтобы он мог свободно высказаться, а еще я хочу знать, что он чувствует.

С помощью догадки медсестры жене удалось сначала осознать, чего она хочет, а затем найти слова, чтобы это выразить. Это был ключевой момент: часто людям сложно определить, чего они хотят в тот или иной ситуации, даже если они знают, чего не хотят. Мы видим, как ясная просьба – «поговорите с ним так, как со мной» – становится подарком, который наделяет другого человека силой. После этого у медсестры появляется возможность убедиться, что она действует в гармонии с желаниями жены. Это меняет атмосферу в комнате: медсестра с женой теперь могут работать в команде и действовать, сопереживая.

Медсестра (оборачиваясь к мужу): Что вы чувствуете, когда слышите, чем делится ваша жена?

Муж: Я очень люблю ее.

Медсестра: Вы рады возможности поговорить об этом с ней?

Муж: Да, мы должны об этом поговорить.

Медсестра: Вы не хотите поделиться тем, какие чувства вызывает у вас рак?

Муж (немного помолчав): Не очень хорошие.

Слова «хорошо» и «плохо» часто используются для описания чувств, когда люди еще не идентифицировали определенную эмоцию, которую ощущают. Более точное выражение чувств поможет этому пациенту наладить со своей женой эмоциональный контакт, к которому он стремится.

Медсестра (побуждая его высказаться более ясно): Вы боитесь смерти?

Муж: Нет, не боюсь. (Заметьте, что неправильная догадка медсестры не прерывает ход диалога).

Медсестра (поскольку этому пациенту сложно облечь в слова свой внутренний опыт, медсестра продолжает поддерживать его в процессе): Смерть вызывает у вас гнев?

Муж: Нет, не гнев.

Медсестра (в этот момент, после двух неудачных попыток, она решает высказать собственные чувства): Что ж, я озадачена. Может быть, вы поделитесь своими чувствами?

Муж: Наверное, я думаю о том, как она будет жить без меня.

Медсестра: О, так вы волнуетесь о том, справится ли она без вас?

Муж: Да, я волнуюсь, что ей будет меня не хватать.

Медсестра знает, что умирающие пациенты часто цепляются за жизнь, потому что переживают за тех, кого оставляют. Иногда им нужно убедиться, что их любимые примут их смерть, – и лишь после этого они могут позволить себе уйти: «Хотите ли вы узнать, что чувствует ваша жена, когда вы это говорите?»

Муж: Да.

В этот момент жена присоединилась к разговору. Медсестра продолжала присутствовать, а супруги начали открыто высказываться друг перед другом.

В этом диалоге жена начала жалобы на физиотерапевта, но после нескольких обменов репликами, почувствовав, что ее слушают с эмпатией, она смогла определить, что на самом деле ей нужен более глубокий контакт с мужем во время этого критического периода их жизни.

* Розенберг М. Ненасильственное общение: Язык жизни/перев. с англ. –М.: ООО Книжное издательство «София», 2019. – 288 с.

Приложение 2

ТЕСТ НА ОЦЕНКУ САМОКОНТРОЛЯ В ОБЩЕНИИ*

Инструкция

Внимательно прочтите десять предложений, описывающих реакции на некоторые ситуации. Каждое из них вы должны оценить как верное или неверное применительно к себе. Если предложение кажется вам верным или преимущественно верным, поставьте рядом с порядковым номером букву «В», если неверным или преимущественно неверным — букву «Н».

Текст опросника

1. Мне кажется трудным искусство подражать повадкам других людей.
2. Я бы, пожалуй, мог свалять дурака, чтобы привлечь внимание или позабавить окружающих.
3. Из меня мог бы выйти неплохой актер.
4. Другим людям иногда кажется, что я переживаю что-то более и глубоко, чем это есть на самом деле.
5. В компании я редко оказываюсь в центре внимания.
6. В разных ситуациях и в общении с разными людьми я часто веду себя совершенно по-разному.
7. Я могу отстаивать только то, в чем я искренне убежден.
8. Чтобы преуспеть в делах и в отношениях с людьми, я стараюсь быть таким, каким меня ожидают видеть.
9. Я могу быть дружелюбным с людьми, которых я не выношу.
10. Я не всегда такой, каким кажусь.

Обработка результатов

11. 1 балл начисляется за ответ «Н» на 1, 5 и 7 вопросы и за ответ «В» на все остальные. Подсчитайте сумму баллов. Если вы искренне отвечали на вопросы, то о вас, по-видимому, можно сказать следующее:
12. 0-3 балла – у вас низкий коммуникативный контроль. Ваше поведение устойчиво, и вы не считаете нужным изменяться в зависимости от ситуаций. Вы способны к искреннему самораскрытию в общении. Некоторые считают вас «неудобным» в общении по причине вашей прямолинейности.
13. 4-6 баллов – у вас средний коммуникативный контроль, вы искренни, но не сдержанны в своих эмоциональных проявлениях, считаетесь в своем поведении с окружающими людьми.
14. 7-10 баллов – у вас высокий коммуникативный контроль. Вы легко входите в любую роль, гибко реагируете на изменение ситуации, хорошо ее чувствуете и даже в состоянии предвидеть впечатление, которое вы произведете на окружающих. Люди с высоким коммуникативным контролем постоянно следят за собой, хорошо знают, где и как себя вести, управляют выражением своих эмоций. Вместе с тем у них затруднена спонтанность самовыражения, они не любят непрогнозируемых ситуаций. Их позиция: «Я такой, какой я есть в данный момент». Люди с низким коммуникативным контролем более непосредственны и открыты, у них более устойчивое «Я», мало подверженное изменениям в различных ситуациях.

*Юрганов А.А., Киселева Е.С. Основы профессиональной коммуникации. Учебно-методические материалы для самостоятельной работы студентов 1 курса лечебного факультета. Краснодар, 2016. – 43 с.

Приложение 3

МЕТОДИКА «ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ ЭМПАТИИ» И.М. ЮСУПОВА*

Инструкция

Для выявления уровня эмпатийных тенденций необходимо, отвечая (соглашаясь или нет) на каждое из 36 утверждений, оценивать ответы следующим образом:

при ответе «не знаю» – 0 баллов, «нет, никогда» – 1, «иногда» – 2, «часто» – 3, «почти всегда» – 4 и при ответе «да, всегда» – 5 баллов. Отвечать нужно на все пункты.

Опросник

1. Мне больше нравятся книги о путешествиях, чем книги из серии «Жизнь замечательных людей».
2. Взрослых детей не раздражает забота старших.
3. Мне нравится размышлять о причинах успехов и неудач других людей.
4. Среди всех музыкальных передач предпочитаю «Современные ритмы».
5. Чрезмерную раздражительность и несправедливые упреки больного надо терпеть, даже если они продолжаются годами.
6. Больному человеку можно помочь даже словом.
7. Посторонним людям не следует вмешиваться в конфликт межу двумя лицами.
8. Старые люди, как правило, беспричинно обидчивы.
9. Когда я в детстве слушал грустную историю, на мои глаза сами по себе наворачивались слезы.
10. Раздраженное состояние моих родителей влияет на мое настроение.
11. Я равнодушен к критике в свой адрес.
12. Мне больше нравится рассматривать портреты, чем картины с пейзажами.
13. Я всегда все родителям прощал, даже если они были неправы.
14. Если лошадь плохо тянет, ее нужно хлестать.
15. Когда я читаю о драматических событиях в жизни людей, то чувствую, словно это происходит со мной.
16. Родители относятся к своим детям справедливо.
17. Видя ссорящихся подростков или взрослых, я вмешиваюсь.
18. Я не обращаю внимания на плохое настроение своих родителей.
19. Я подолгу наблюдаю за поведением птиц и животных, откладывая другие дела.
20. Фильмы и книги могут вызывать слезы только у несерьезных людей.
21. Мне нравится наблюдать за выражением лиц и поведением незнакомых людей.
22. В детстве я приводил домой бездомных собак и кошек.
23. Все люди необоснованно озлоблены.
24. Глядя на постороннего человека, мне хочется угадать, как сложится его жизнь.
25. При виде покалеченного животного я стараюсь ему чем-то помочь.
26. В детстве младшие по возрасту ходили за мной по пятам.
27. Человеку станет легче, если внимательно выслушать его жалобы.
28. Увидев уличное происшествие, я стараюсь не попадать в число свидетелей.
29. Младшим нравится, когда я предлагаю им свою идею, дело или развлечение.
30. Люди преувеличивают способность животных чувствовать настроение своего хозяина.
31. Из затруднительных, конфликтных ситуаций человек должен выходить самостоятельно.
32. Если ребенок плачет, на то есть свои причины.

33. Молодежь должна всегда удовлетворять любые просьбы и чудачества стариков.

34. Мне хотелось разобраться, почему некоторые мои одноклассники иногда задумчивы.

35. Беспризорных домашних животных следует уничтожать.

36. Если мои друзья начинают обсуждать со мной свои личные проблемы, я перевожу разговор на другую тему.

Обработка результатов

Подсчитывается сумма баллов. Но прежде нужно проверить степень откровенности обследуемого. Если он ответил «не знаю» на утверждения под номерами 3, 9, 11, 13, 28, 36 и «да, всегда» на утверждения 11, 13, 15 и 27, то это свидетельствует о его желании выглядеть лучше и о недостаточной откровенности. Результатам тестирования можно доверять, если опрашиваемый дал не больше трех неискренних ответов.

Выводы: При сумме от 82 до 90 баллов у человека очень высокий уровень эмпатийности,

от 63 до 81 балла – высокий уровень,

от 37 до 62 баллов – средний уровень,

от 12 до 36 баллов – низкий уровень,

11 балов и менее – очень низкий уровень эмпатийности.

*Юрганов А.А., Киселева Е.С. Основы профессиональной коммуникации. Учебно-методические материалы для самостоятельной работы студентов 1 курса лечебного факультета. Краснодар, 2016. – 43 с.

Приложение 4

МЕТОДИКА «ТАКТИКА ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ» К.У. ТОМАСА*

Инструкция

Перед вами ряд утверждений, которые помогут определить некоторые особенности вашего поведения. Здесь не может быть ответов «правильных» или «ошибочных». Люди различны, и каждый может высказать свое мнение. Имеются два варианта, А и В, из которых вы должны выбрать один, в большей степени соответствующий вашим взглядам, вашему мнению о себе. В бланке для ответов поставьте отчетливый крестик соответственно одному из вариантов (А или В) для каждого утверждения. Отвечать надо как можно быстрее.

Текст опросника

1.

А. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

В. Чем обсуждать, в чем мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, с чем мы оба согласны.

2.

А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

В. Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных.

3.

А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

В. Я стараюсь успокоить другого, и сохранить наши отношения.

4.

А. Я стараюсь найти компромиссное решение.

В. Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.

5.

А. Улаживая спорную ситуацию, я все время стараюсь найти поддержку у другого.

В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

6.

А. Я пытаюсь избежать неприятностей для себя.

В. Я стараюсь добиться своего.

7.

А. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса, с тем, чтобы со временем решить его окончательно.

В. Я считаю возможным в чем-то уступить, чтобы добиться своего.

8.

А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

В. Я первым делом стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы.

9.

А. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.

В. Я прилагаю усилия, чтобы добиться своего.

10.

А. Я твердо стремлюсь достичь своего.

В. Я пытаюсь найти компромиссное решение.

11.

А. Первым делом я стараюсь ясно определить, в чем состоят все затронутые спорные вопросы.

В. Я стараюсь успокоить другого человека, главным образом, чтобы сохранить наши отношения.

12.

А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.

В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он тоже идет навстречу мне.

13.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

В. Я настаиваю, чтобы было сделано, по моему мнению.

14.

А. Я сообщаю другому человеку свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах.

В. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.

15.

А. Я стараюсь успокоить собеседника, главным образом, чтобы сохранить наши отношения.

В. Я стараюсь сделать так, чтобы избежать напряженности.

16.

А. Я стараюсь не задеть чувств другого человека.

В. Я пытаюсь убедить другого человека в преимуществах моей позиции.

17.

А. Обычно я настойчиво стараюсь добиться своего.

В. Я стараюсь сделать все, чтобы избежать бесполезной напряженности.

18.

А. Если это сделает другого человека счастливым, дам ему возможность настоять на своем.

В. Я даю возможность другому в чем-то остаться при своем мнении, если он также идет мне навстречу.

19.

А. Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые вопросы и интересы.

В. Я стараюсь отложить решение спорного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно.

20.

А. Я пытаюсь немедленно преодолеть наши разногласия.

В. Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для обеих сторон.

21.

А. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

В. Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы и их совместному решению.

22.

А. Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей позицией и точкой зрения другого человека.

В. Я отстаиваю свои желания.

23.

А. Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.

В. Иногда я предоставляю возможность другим взять на себя ответственность за решение спорного вопроса.

24.

А. Если позиция другого кажется мне очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям.

В. Я стараюсь убедить оппонента прийти к компромиссу.

25.

А. Я пытаюсь показать другому логику и преимущества моих взглядов.

В. Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого.

26.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

В. Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас.

27.

А. Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры.

В. Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своем.

28.

А. Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.

В. Улаживая ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого.

29.

А. Я предлагаю среднюю позицию.

В. Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий.

30.

А. Я стараюсь не задеть чувств другого человека.

В. Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы совместно с другим человеком могли добиться успеха.

Ключ к опроснику

1. Соперничество: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Сотрудничество: 2В, 5А, 8В,11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.
3. Компромисс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.
4. Избегание: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Приспособление: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21 А, 24А, 25В, 27В, 30А.

Обработка результатов

В ключе каждый ответ А или В дает представление о количественном выражении: соперничества, сотрудничества, компромисса, избегания и приспособления. Если ответ совпадает с указанным в ключе, ему присваивается значение 1, если не совпадает, то присваивается значение 0. Количество баллов, набранных индивидом по каждой шкале, дает представление о выраженности у него тенденции к проявлению соответствующих форм поведения в конфликтных ситуациях.

По мнению К. Томаса, в основании типологии конфликтного поведения лежат два поведенческих стиля: кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в конфликт, и напористость, для которой характерен акцент на защите собственных интересов. Соответственно этим двум основным измерениям К. Томас выделяет следующие способы регулирования конфликтов:

а) *конфронтация (соревнование, соперничество)*, которое выражается в стремлении добиться удовлетворения своих интересов в ущерб интересов другого человека;

б) *приспособление (уступчивость)*, означающее, в противоположность соперничеству, принесение в жертву собственных интересов ради интересов другого;

в) *компромисс*, как соглашение между участниками конфликта, достигнутое путем взаимных уступок;

г) *уклонение (уход, игнорирование)*, для которого характерно как отсутствие стремления к кооперации, так и отсутствие тенденции к достижению собственных целей;

д) *сотрудничество*, когда участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

Возможности каждой из пяти стратегий:

1. Уклонение эффективно в ситуациях, когда партнер обладает объективно большей силой и использует ее в конфликтной борьбе. В общении со сложной конфликтной личностью используйте любую возможность, чтобы избежать конфликта: в этом нет ничего постыдного или унизительного. Избегание приносит положительные плоды, являясь временной отсрочкой в решении конфликта: пока на руках мало данных или нет психологической уверенности в своей позиции. Временно уйти от проблемы, чтобы в дальнейшем решить ее окончательно — это часто единственно верная стратегия.

2. Приспособление естественно в ситуациях, когда затронутая проблема не так важна для человека, как для его оппонента, или отношения с оппонентом представляют собой самостоятельную ценность, значимее достижения цели. Это непредсказуемая по своим последствиям стратегия. Если отказ от цели не стоил человеку большого труда, уступчивость может положительно сказаться на его самооценке и отношениях с партнером. Очень важно чувствовать, что другой заметил и оценил жертву. В противном случае остается чувство досады, обиды и, следовательно, почва для эмоционального конфликта.

3. Конфронтация — стратегия для серьезных ситуаций и жизненно важных проблем, зачастую она эффективна в экстремальных ситуациях. Противоборство оправданно, если цель чрезвычайно важна или, если человек обладает реальной силой и властью, уверен в своей компетентности. Если власти и силы недостаточно, можно увязнуть в конфликте, а то и вовсе проиграть. Кроме того, применение конфронтации для решения проблем в личных отношениях чревато отчуждением.

4. Сотрудничество — это не столько стратегия поведения, сколько стратегия взаимодействия. Она незаменима в близких, продолжительных и ценных для обоих партнеров отношениях, при равенстве статусов и психологической власти. Она позволяет партнерам разрешить конфликт, не отказываясь от своих реальных целей. Всем хорошо сотрудничество, кроме одного. Это длинная история. Нужно время, чтобы проанализировать потребности, интересы и опасения обеих сторон, а затем тщательно обсудить их, найти наилучший вариант их совмещения, выработать план решения и пути его выполнения и т.д. Сотрудничество не терпит суеты и спешки, но позволяет решить конфликты полностью. Если времени нет, можно прибегнуть к компромиссу как к «заменителю» сотрудничества.

5. Компромисс, или квазисотрудничество, или торг о взаимных уступках. Эффективен в ситуациях, требующих быстрого исхода. «Дележ» потребностей бывает необходим для сохранения отношений, особенно в тех случаях, когда возместить интересы сторон невозможно. Компромисс редко приносит истинное удовлетворение результатом конфликтного процесса. Любые варианты дележа – пополам, поровну, по-братски – психологически несправедливы. И это понятно: цель полностью не достигнута, некоторая часть брошена на алтарь позитивного исхода конфликта, но оценить жертву некому, так как оппонент так же пострадал, как и вы сами.

Конструктивное реагирование в конфликте предполагает умение пользоваться всеми пятью стратегиями в зависимости от характера конфликтной ситуации, индивидуальных особенностей оппонента, ценности межличностных отношений с ним, баланса власти, значимости предмета конфликта, фазы развития конфликта. При этом, по возможности, стремиться ориентироваться на стратегию сотрудничества.

* Емельянов С.М. Практикум по конфликтологии. 3-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 384 с.: ил. – (Серия «Практикум»).

Приложение 5

МЕТОДИКА ДЖ. Г. СКОТТ «ОЦЕНКА СТРАТЕГИЙ ПОВЕДЕНИЯ В КОНФЛИКТЕ»*

Инструкция

Очевидно, что положительные результаты может принести любая из пяти известных вам стратегий поведения в конфликте, если она отвечает требованиям ситуации. Однако многие из нас тяготеют к преимущественному использованию одной из стратегий, не столько сообразуясь с объективными обстоятельствами, сколько исходя из собственных внутренних побуждений, устоявшихся привычек.

В будущем вы обязательно сможете расширить репертуар стратегий, но сейчас постарайтесь определить свой «любимый» стиль поведения в конфликтных ситуациях при помощи таблицы Дж. Г. Скотт. Заполняя таблицу, представьте себе собственное обычное поведение в конфликтных ситуациях за последние несколько лет.

Проранжируйте стратегии по четырем указанным категориям. Для этого последовательно поставьте цифры (от 1 до 5) в каждой из четырех колонок. Цифра 1 означает, что стиль занимает первое место (ранг) по категории, цифра 5 — последнее место (ранг).

Стиль разрешения конфликта	Использую чаще всего	Владею лучше всего	Приносит наилучшие результаты	Чувствую себя при использовании наиболее комфортно
Настойчивость (Я активно отстаиваю собственную позицию)				
Уход (Я стараюсь уклониться от участия в конфликте)				
Приспособление (Я стараюсь во всем уступать, идти навстречу партнеру)				
Компромисс (Я ищу решение, основанное на взаимных уступках)				
Сотрудничество (Я стараюсь найти решение, максимально удовлетворяющее интересы обеих сторон)				

Например, для категории «Использую чаще всего» система рангов может иметь следующий вид: Компромисс – 2; Уход – 3; Настойчивость – 4; Сотрудничество – 1; Приспособление – 5.

Заполненная таблица даст вам наглядное представление о том, какой из стилей вы используете чаще всего, какой лучше всего, какой стиль чаще всего приносит наилучшие результаты, и какой наиболее комфортен для вас. Это может быть один и тот же стиль (ваш «любимый») или разные стили. Любой результат дает вам информацию для размышлений,

если вы хотите сделать свое поведение в конфликтной ситуации более эффективным, развив способности использовать различные стили.

С этой целью необходимо вспомнить конкретные ситуации, в которых участвовали, и те стили, которые использовали.

Затем проанализировать итоги для каждой из этих ситуаций. Был ли эффективен этот подход к разрешению конфликта? Достигнут ли желаемый результат? Или этот подход не совсем оправдал себя? Если это так, то какой подход, следовало бы использовать?

*Скотт Дж. Способы разрешения конфликтов. ГИИМ. Киев. Издательское общество «Верзилин и К., ЛТД», 1991. – 208с.

Приложение 6

ВЫБОР НАИЛУЧШЕГО СТИЛЯ ДЕЙСТВИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ (ДЖ. СКОТТ)*

1. Оценка соотношения власти (при выборе эффективного стиля поведения в конфликте важно оценить власть другого человека по отношению к нам: если большая власть у нас, можно использовать стиль «конкуренции», если у другого человека – скорее, стиль уступки, или только заручившись поддержкой других, - стиль конкуренции).
2. Оценка значимости партнера (является ли важным для нас сотрудничество/дружба с этим человеком)
3. Определение собственных приоритетов (важна ли поставленная цель по отношению к тем трудностям, которые нужно будет преодолеть для ее достижения)
4. Определение реальных проблем и интересов (проанализировать скрытые нужды и интересы обеих сторон)
5. Определение вариантов реакций (создание собственной схемы экспертизы конфликтной ситуации и каталога эффективных/неэффективных подходов к разрешению конфликтов)
6. Использование набора стилей (для разрешения одного конфликта, как правило, необходим не один стиль, а их комбинация; составление карты всех возможных подходов к его разрешению)
7. Выработка взаимовыгодных решений путем переговоров:

7.1 Контролирование эмоций

7.2 Установление правил конструктивного взаимодействия (слушание, уважение, не перебивание речи другого и др.)

7.3 Выяснение позиций сторон

7.4 Определение скрытых нужд и интересов

7.5 Выдвижение альтернативных вариантов

7.6 Достижение согласия по наилучшим взаимовыгодным вариантам

*Скотт Дж. Способы разрешения конфликтов. ГИИМ. Киев. Издательское общество «Верзилин и К., ЛТД», 1991. – 208с.

Приложение 7

МЕТОДИКА ВЫЯВЛЕНИЯ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ В ОБЩЕНИИ И ТИПА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОМЕХ (В.В. БОЙКО)*

Инструкция

Прочитайте каждое суждение и ответьте на него «да», если согласны с ним, или «нет», если не согласны.

Текст опросника

1. Обычно к концу рабочего дня на моем лице заметна усталость.
2. Случается, что при первом знакомстве эмоции мешают мне произвести более благоприятное впечатление на партнеров (теряюсь, волнуюсь, замыкаюсь или, напротив, много говорю, слишком возбуждаюсь, веду себя неестественно).
3. В общении мне часто недостает эмоциональности, выразительности.
4. Пожалуй, я кажусь окружающим слишком строгим.
5. Я в принципе против того, чтобы изображать учтивость, если тебе не хочется.
6. Я обычно умею скрыть от партнеров вспышки эмоций.
7. Часто в общении с коллегами я продолжаю думать о чем-то своем.
8. Бывает, я хочу выразить партнеру эмоциональную поддержку (внимание, сочувствие, сопереживание), но он этого не чувствует, не воспринимает.
9. Чаще всего в моих глазах или в выражении лица видна озабоченность.
10. В деловом общении я стараюсь скрывать свои симпатии к партнерам.
11. Все мои неприятные переживания обычно написаны на моем лице.
12. Если я увлекаюсь разговором, то мимика лица становится излишне выразительной, экспрессивной.
13. Пожалуй, я несколько эмоционально скован, зажат.
14. Я обычно нахожусь в состоянии нервного напряжения.
15. Обычно я чувствую дискомфорт, когда приходится обмениваться рукопожатиями в деловой обстановке.
16. Иногда близкие люди одергивают меня: расслабь мышцы лица, не криви губы, не морщи лицо и т.п.
17. Разговаривая, излишне жестикулирую.
18. Обычно в новой ситуации мне трудно быть раскованным, естественным.
19. Пожалуй, мое лицо часто выражает печаль или озабоченность, хотя на душе спокойно.
20. Мне затруднительно смотреть в глаза при общении с малознакомым человеком.
21. Если я хочу, то мне всегда удается скрыть свою неприязнь к плохому человеку.
22. Мне часто бывает почему-то весело без всякой причины.
23. Мне очень просто сделать по собственному желанию или по заказу разные выражения лица: изобразить печаль, радость, испуг, отчаяние и т. д.
24. Мне говорили, что мой взгляд трудно выдержать.
25. Мне что-то мешает выражать теплоту, симпатию человеку, даже если я испытываю эти чувства к нему.

Анализ результатов

Ответы испытуемых сопоставляются с ключом. За каждый ответ «да» начисляется один балл. Заключение об уровне эмоциональной эффективности в общении делается исходя из суммы набранных баллов (она может колебаться в пределах от 0 до 25). Эмоциональные помехи объединены в пять групп. Если испытуемый набрал 3 и более

баллов по какой-либо группе, то делается вывод о наличии конкретных «помех» в установлении эмоциональных контактов.

«Помехи» в установлении эмоциональных контактов	Номера вопросов и ответы по «ключу»
Неумение управлять эмоциями, дозировать их	+1, –6, +11, +16, –21
Неадекватное проявление эмоций	–2, +7, +12, +17, +22
Негибкость, неразвитость, невыразительность эмоций	+3, +8, +13, +18, –23
Доминирование негативных эмоций	+4, +9, +14, +19, +24
Нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе	+5, +10, +15, +20, +25
Итого:	

Уровни эмоциональной эффективности в общении

Первый уровень – 0-2 балла -- испытуемый плохо видит себя со стороны, либо в своих ответах неискренен.

Второй уровень – 3-5 баллов – эмоции обычно не мешают общаться с партнерами.

Третий уровень – 6-8 баллов – имеются некоторые эмоциональные проблемы в повседневном общении.

Четвертый уровень – 9-12 баллов – эмоции в некоторой степени осложняют взаимодействие с партнерами

Пятый уровень – 13 и более баллов – эмоции явно мешают устанавливать контакты с людьми.

*Юрганов А.А., Киселева Е.С. Основы профессиональной коммуникации. Учебно-методические материалы для самостоятельной работы студентов 1 курса лечебного факультета. Краснодар, 2016. – 43 с.

Приложение 8

МЕТОДИКА «КОНФЛИКТНАЯ ЛИЧНОСТЬ»*

Методика позволяет оценить степень конфликтности или тактичности человека

Инструкция

Вам предлагается ряд утверждений. Выберите один из трех предложенных вари антов ответа, соответствующий вашим взглядам, и рядом с его обозначением – а, б, в – поставьте на бланке для ответа знак «+» («да»).

Текст опросника

1. Представьте, что в общественном транспорте начался спор. Что вы предпримете:
а) не будете вмешиваться в ссору;
б) вмешаетесь, встав на сторону того, кто прав;
в) вмешаетесь и будете отстаивать свою точку зрения.
2. На собрании вы критикуете руководство за допущенные ошибки:
а) нет;
б) да, но в зависимости от вашего личного отношения к нему;
в) всегда критикуете за ошибки.
3. Ваш непосредственный начальник излагает план работы, который не кажется вам правильным. Предложите ли вы свой план, который кажется вам лучше:
а) если другие вас поддержат, то да;
б) разумеется, вы будете поддерживать свой план;
в) боитесь, что за критику у вас будут неприятности.
4. Любите ли вы спорить с коллегами, друзьями:
а) только с теми, кто не обижается, и когда споры не портят ваших отношений;
б) да, но только по важным, принципиальным вопросам;
в) вы спорите со всеми и по любому поводу.
5. Кто то пытается «пролезть» вперед вас без очереди:
а) считая, что и вы не хуже его, попытаетесь обойти очередь;
б) возмущаетесь, но про себя;
в) открыто высказываете свое негодование.
6. Если в какой-то спорной ситуации ваше мнение будет решающим, как вы поступите:
а) выскажетесь и о положительных, и об отрицательных сторонах предложения;
б) выделите положительные его стороны и предложите подумать еще;
в) станете только критиковать идею.
7. Ваша жена (муж) постоянно говорит вам о вашей расточительности, а сама то и дело покупает дорогие вещи. Она захотела узнать о своей последней покупке ваше мнение. Что вы ей скажете:
а) что одобряете покупку, если она доставила жене удовольствие;
б) что эта вещь безвкусна;
в) отчитаете ее.
8. Вы встретили подростков, которые курят. Как вы отреагируете:
а) подумаете: «Зачем портить себе настроение из-за чужих ребят?»;
б) сделаете им замечание;
в) отчитаете их.
9. В ресторане вы заметили, что официант вас обсчитал:
а) в таком случае вы не даете ему чаевые, которые заранее приготовили;
б) попросите, чтобы он еще раз при вас подсчитал сумму;
в) устроите скандал.

10. В доме отдыха плохое обслуживание. Какой выход вы дадите своему возмущению:

а) выскажете претензии администратору;

б) пожалуетесь на него, чтобы его наказали;

в) выместите свое недовольство на младшем персонале: уборщицах, официантках.

11. Вы спорите с вашим сыном подростком и убеждаетесь, что он прав.

Признаете ли вы свою ошибку:

а) нет;

б) разумеется, признаете;

в) какой же у родителя будет авторитет, если признать ошибку?

Обработка результатов

Каждый вариант ответа получает определенное количество баллов: а – четыре балла, б – два, в – ноль. Подсчитывается сумма баллов.

Выводы: Если сумма баллов находится в пределах от 30 до 44 баллов, опрашиваемый тактичен, не любит конфликтов, избегает критических ситуаций, стремится быть приятным для окружающих, но не всегда оказывает им помощь.

Если сумма в пределах от 15 до 29 баллов, то опрашиваемый – конфликтная личность. Настойчиво отстаивает свое мнение, невзирая на то, как это повлияет на личные или служебные отношения. За это его уважают.

Если сумма в пределах от 10 до 14 баллов, то опрашиваемый сам провоцирует конфликты, ищет поводы для споров, любит критиковать, 32 навязывает свое мнение. Короче, он – скандалист.

*Юрганов А.А., Киселева Е.С. Основы профессиональной коммуникации. Учебно-методические материалы для самостоятельной работы студентов 1 курса лечебного факультета. Краснодар, 2016. – 43 с.

Приложение 9

МЕТОДИКА А. АССИНГЕРА «ДИАГНОСТИКА СКЛОННОСТИ К АГРЕССИВНОМУ ПОВЕДЕНИЮ»*

Инструкция

Вам предлагается ряд ситуаций. Подчеркните тот вариант их разрешения, который наиболее характерен для вас.

Текст опросника

1. Склонны ли вы искать пути к примирению после очередного конфликта?

1) Всегда. 2) Иногда. 3) Никогда.

2. Как вы ведете себя в критической ситуации?

1) Сохраняете полное спокойствие. 2) Внутренне кипите. 3) Теряете самообладание.

3. Каким считают вас коллеги и знакомые?

1) Дружелюбным. 2) Спокойным и независтливым. 3) Самоуверенным и завистливым.

4. Как вы отреагируете, если вам предложат ответственную должность? 1) Откажетесь от нее ради собственного спокойствия. 2) Примите ее с некоторыми опасениями. 3) Согласитесь без колебаний.

5. Как вы будете себя вести, если кто-то из коллег без разрешения возьмет с вашего стола бумагу?

1) Спросите, не нужно ли ему еще что-нибудь. 2) Заставите вернуть. 3) Выдадите ему «по первое число».

6. Какими словами вы встретите мужа (жену), если он (она) вернулся (лась) с работы позже обычного?

1) «Я уже начал (а) волноваться». 2) «Что это тебя так задержало?». 3) «Где ты торчишь допоздна?».

7. Как вы ведете себя за рулем автомобиля?

1) Вам все равно, сколько машин вас обогнало. 2) Стараетесь обогнать машину, которая «показала вам хвост». 3) Помчитесь с такой скоростью, чтобы никто не догнал вас.

8. Какими вы считаете свои взгляды на жизнь?

1) Легкомысленными. 2) Сбалансированными. 3) Крайне жесткими.

9. Что вы предпринимаете, если не все удается?

1) Смиряетесь. 2) Становитесь впредь осторожнее. 3) Пытаетесь свалить вину на другого.

10. Как вы отреагируете на фельетон о случаях распущенности среди современной молодежи?

1) «Надо создать им возможность организованно и культурно отдыхать». 2) «Пора бы уже запретить им такие развлечения». 3) «И чего только мы с ними возимся?».

11. Что вы ощущаете, если должность, которую вы хотели занять, досталась вашему коллеге?

1) «Может быть, мне это удастся в следующий раз». 2) «И зачем я только на это нервы тратил?». 3) «Видно, его физиономия шефу приятнее».

12. Как вы смотрите страшные фильмы?

1) Боитесь. 2) Скучаете. 3) Получаете искреннее удовольствие.

13. Если из-за дорожной пробки вы опоздаете на важное совещание:

1) Огорчитесь. 2) Будете нервничать во время заседания. 3) Попытаетесь вызвать снисходительность партнеров.

14. Как вы относитесь к своим спортивным успехам?

1) Цените удовольствие почувствовать себя сильным, ловким. 2) Обязательно стараетесь выиграть. 3) Очень сердитесь, если не везет.

15. Как вы поступите, если вас плохо обслужили в ресторане?

1) Стерпите, избегая скандала. 2) Вызовите метрдотеля и сделаете ему замечание. 3) Отправитесь с жалобой к директору ресторана.

16. Как вы себя поведете, если вашего ребенка обидели в школе?

1) Поговорите с учителем. 2) Устроите скандал родителям «малолетнего преступника». 3) Посоветуете ребенку дать сдачи.

17. Какой, по-вашему, вы человек?

1) Средний. 2) Самоуверенный. 3) Пробивной.

18. Что вы ответите подчиненному, с которым столкнулись в дверях, если он начал извиняться перед вами?

1) «Простите, это моя вина». 2) «Ничего, пустяки». 3) «А повнимательнее вы быть не можете?».

19. Как вы отреагируете на статью в газете о случаях хулиганства среди молодежи?

1) «Нельзя все валить на молодежь, виноваты и воспитатели!». 2) «Когда же, наконец, будут приняты меры?». 3) «Надо бы ввести телесные наказания».

20. Представьте, что вам предстоит заново родиться, но уже животным. Какое животное вы предпочтете?

1) Домашнюю кошку. 2) Медведя. 3) Тигра или леопарда.

Обработка результатов

Подсчитывается сумма номеров подчеркнутых ответов.

Интерпретация: Если отвечавший набирает 45 очков и больше, то он излишне агрессивен, 36-44 очка – умеренно агрессивен; 35 очков и меньше – миролюбив.

Если по 7 и более вопросам отвечавший набрал по 3 очка, и менее чем по 7 вопросам – по 1 очку, то взрывы его агрессивности отличаются скорее разрушительным, чем конструктивным характером. Он сам провоцирует конфликты. Если же по 7 и более вопросам опрошенный набирает по 1 очку и менее чем по 7 вопросам – по 3 очка, ему не присущи вспышки агрессии или же он их слишком тщательно подавляет.

*Юрганов А.А., Киселева Е.С. Основы профессиональной коммуникации. Учебно-методические материалы для самостоятельной работы студентов 1 курса лечебного факультета. Краснодар, 2016. – 43 с.

ТЕСТ-ОПРОСНИК Г. ШМИШЕКА, К. ЛЕОНГАРДА МЕТОДИКА «АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА И ТЕМПЕРАМЕНТА ЛИЧНОСТИ»*

Инструкция

Вам будут предложены утверждения, касающиеся вашего характера. Если вы согласны с утверждением, рядом с его номером поставьте знак «+», если не согласны – знак«–». Отвечайте, долго не раздумывая. Помните, что правильных и неправильных ответов нет».

Текст опросника

1. Является ли ваше настроение в общем веселым и беззаботным?
2. Восприимчивы ли вы к обидам?
3. Случалось ли вам иногда быстро заплакать?
4. Всегда ли вы считаете себя правым в том деле, которое делаете, и вы не успокоитесь, пока не убедитесь в этом?
5. Считаете ли вы себя более смелым, чем в детском возрасте?
6. Может ли ваше настроение меняться от глубокой радости до глубокой печали?
7. Находитесь ли вы в компании в центре внимания?
8. Бывают ли у вас дни, когда вы без достаточных оснований находитесь в угрюмом и раздражительном настроении и ни с кем не хотите разговаривать?
9. Серьезный ли вы человек?
10. Можете ли вы сильно воодушевиться?
11. Предприимчивы ли вы?
12. Быстро ли вы забываете, если вас кто-нибудь обидит?
13. Мягкосердечный ли вы человек?
14. Пытаетесь ли вы проверить после того, как опустили письмо в почтовый ящик, не осталось ли оно висеть в прорези?
15. Всегда ли вы стараетесь быть добросовестным в работе?\ 16. Испытывали ли вы в детстве страх перед грозой или собаками?
17. Считаете ли вы других людей недостаточно требовательными друг к другу?
18. Сильно ли зависит ваше настроение от жизненных событий и переживаний?
19. Всегда ли вы прямодушны со своими знакомыми?
20. Часто ли ваше настроение бывает подавленным?
21. Был ли у вас раньше истерический припадок или истощение нервной системы?
22. Склонны ли вы к состояниям сильного внутреннего беспокойства или страстного стремления?
23. Трудно ли вам длительное время просидеть на стуле?
24. Боретесь ли вы за свои интересы, если кто-то поступает с вами несправедливо?
25. Смогли бы вы убить человека?
26. Сильно ли вам мешает косо висящая гардина или неровно настланная скатерть, настолько, что вам хочется немедленно устранить эти недостатки?
27. Испытывали ли вы в детстве страх, когда оставались одни в квартире?
28. Часто ли у вас без причины меняется настроение?
29. Всегда ли вы старательно относитесь к своей деятельности?
30. Быстро ли вы можете разгневаться?
31. Можете ли вы быть бесшабашно веселым?
32. Можете ли вы иногда целиком проникнуться чувством радости?
33. Подходите ли вы для проведения увеселительных мероприятий?

34. Высказываете ли вы обычно людям свое откровенное мнение по тому или иному вопросу?

35. Влияет ли на вас вид крови?

36. Охотно ли вы занимаетесь деятельностью, связанной с большой ответственностью?

37. Склонны ли вы вступиться за человека, с которым поступили несправедливо?

38. Трудно ли вам входить в темный подвал?

39. Выполняете ли вы кропотливую черную работу так же медленно и тщательно, как и любимое вами дело?

40. Являетесь ли вы общительным человеком?

41. Охотно ли вы декламировали в школе стихи?

42. Убегали ли вы ребенком из дома?

43. Тяжело ли вы воспринимаете жизнь?

44. Бывали ли у вас конфликты и неприятности, которые так изматывали вам нервы, что вы не выходили на работу?

45. Можно ли сказать, что вы при неудачах не теряете чувство юмора?

46. Сделаете ли вы первым шаг к примирению, если вас кто-то оскорбит?

47. Любите ли вы животных?

48. Уйдете ли вы с работы или из дому, если у вас там что-то не в порядке?

49. Мучают ли вас неопределенные мысли, что с вами или с вашими родственниками случится какое-нибудь несчастье?

50. Считаете ли вы, что настроение зависит от погоды?

51. Затруднит ли вас выступить на сцене перед большим количеством зрителей?

52. Можете ли вы выйти из себя и дать волю рукам, если вас кто-то умышленно грубо рассердит?

53. Много ли вы общаетесь?

54. Если вы будете чем-либо разочарованы, придете ли в отчаяние?

55. Нравится ли вам работа организаторского характера?

56. Упорно ли вы стремитесь к своей цели, даже если на пути встречается много препятствий?

57. Может ли вас так захватить кинофильм, что слезы выступят на глазах?

58. Трудно ли вам будет заснуть, если вы целый день размышляли над своим будущим или какой-нибудь проблемой?

59. Приходилось ли вам в школьные годы пользоваться подсказками или списывать у товарищей домашнее задание?

60. Трудно ли вам пойти ночью на кладбище?

61. Следите ли вы с большим вниманием, чтобы каждая вещь в доме лежала на своем месте?

62. Приходилось ли вам лечь спать в хорошем настроении, а проснуться в удрученном и несколько часов оставаться в нем?

63. Можете ли вы с легкостью приспособиться к новой ситуации?

64. Есть ли у вас предрасположенность к головной боли?

65. Часто ли вы смеетесь?

66. Можете ли вы быть приветливым с людьми, не открывая своего истинного отношения к ним?

67. Можно ли вас назвать оживленным и бойким человеком?

68. Сильно ли вы страдаете из-за несправедливости?

69. Можно ли вас назвать страстным любителем природы?

70. Есть ли у вас привычка проверять перед сном или перед тем, как уйти, выключен ли газ и свет, закрыта ли дверь?

71. Пугливы ли вы?

72. Бывает ли, что вы чувствуете себя на седьмом небе, хотя объективных причин для этого нет?

73. Охотно ли вы участвовали в юности в кружках художественной самодеятельности, в театральном кружке?

74. Тянет ли вас иногда смотреть вдаль?

75. Смотрите ли вы на будущее пессимистически?

76. Может ли ваше настроение измениться от высочайшей радости до глубокой тоски за короткий период времени?

77. Легко ли поднимается ваше настроение в дружеской компании?

78. Переносите ли вы злость длительное время?

79. Сильно ли вы переживаете, если горе случилось у другого человека?

80. Была ли у вас в школе привычка переписывать лист в тетради, если вы поставили на него кляксу?

81. Можно ли сказать, что вы больше недоверчивы и осторожны, нежели доверчивы?

82. Часто ли вы видите страшные сны?

83. Возникала ли у вас мысль против воли броситься из окна, под приближающийся поезд?

84. Становитесь ли вы радостным в веселом окружении?

85. Легко ли вы можете отвлечься от обременительных вопросов и не думать о них?

86. Трудно ли вам сдержать себя, если вы разозлитесь?

87. Предпочитаете ли вы молчать (да), или вы словоохотливы (нет)?

88. Могли бы вы, если пришлось бы участвовать в театральном представлении, с полным проникновением и перевоплощением войти в роль и забыть о себе?

Обработка результатов

По каждой шкале подсчитываются *плюсы* (положительные ответы на указанные вопросы) и *минусы* (отрицательные ответы на соответствующие шкале вопросы). Затем полученные баллы (плюсы и минусы) по шкале суммируются, и результат умножается на *коэффициент* – при каждом типе акцентуации свой. В результате обработки результатов тестирования получится 10 показателей, соответствующих выраженности той или иной акцентуации личности по К. Леонгарду.

Акцентуации характера

1. Демонстративность, истероидность х2 (получившееся значение шкалы умножить на 2)

Сложить (+) : 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88

Вычесть (–) : 51

2. Застревание, ригидность х2:

+: 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81

–: 12, 46, 59

3. Педантичность х2

+: 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83

–: 36

4. Неуравновешенность, возбудимость х3

+: 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86

–: Нет

Акцентуации темперамента

5. Гипертимность х3

+: 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77

–: Нет

6. Дистимичность х3

+: 9, 21, 43, 75, 87

–: 31, 53, 65

7. Тревожность, боязливость х3
+: 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82
–: 5
8. Циклотимичность х3
+: 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84
–: Нет
9. Аффективность, экзальтированность х6
+: 10, 32, 54, 76
–: Нет
10. Эмотивность, лабильность х3
+: 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79
– : 25

Интерпретация к тесту

Максимальный показатель по каждому типу акцентуации (по каждой шкале опросника) равен 24 балла. Полученные данные могут быть представлены в виде "профиля акцентуаций личности". По некоторым источникам, признаком акцентуации считается величина, превосходящая 12 баллов. Другие же основания практического применения опросника указывают, что сумма баллов в диапазоне от 15 до 18 говорит лишь о тенденции к тому или иному типу акцентуации. И лишь в случае превышения 19 баллов личность является акцентуированной. Таким образом, вывод о степени выраженности акцентуации делается на основании следующих показателей по шкалам:

0-12 – свойство не выражено

13-18 – средняя степень выраженности свойства (тенденция к тому или иному типу акцентуации личности)

19-24 – признак акцентуации.

Описание типов акцентуаций личности по К. Леонгарду

1. Демонстративный тип. Характеризуется повышенной способностью к вытеснению, демонстративностью поведения, живостью, подвижностью, легкостью в установлении контактов. Склонен к фантазерству, лживости и притворству, направленным на приукрашивание своей персоны, авантюризму, артистизму, к позерству. Им движет стремление к лидерству, потребность в признании, жажда постоянного внимания к своей персоне, жажда власти, похвалы; перспектива быть незамеченным отягощает его. Он демонстрирует высокую приспосабливаемость к людям, эмоциональную лабильность (легкую смену настроений) при отсутствии действительно глубоких чувств, склонность к интригам (при внешней мягкости манеры общения). Отмечается беспредельный эгоцентризм, жажда восхищения, сочувствия, почитания, удивления. Обычно похвала других в его присутствии вызывает у него особо неприятные ощущения, он этого не выносит. Стремление к компании обычно связано с потребностью ощутить себя лидером, занять исключительное положение. Самооценка сильно далека от объективности. Может раздражать своей самоуверенностью и высокими притязаниями, сам систематически провоцирует конфликты, но при этом активно защищается. Обладая патологической способностью к вытеснению, он может полностью забыть то, о чем он не желает знать. Это расковывает его во лжи. Обычно лжет с невинным лицом, поскольку то, о чем он говорит, в данный момент, для него является правдой; по-видимому, внутренне он не осознает свою ложь, или же осознает очень неглубоко, без заметных угрызений совести. Способен увлечь других неординарностью мышления и поступков.

2. Застревающий тип. Его характеризует умеренная общительность, занудливость, склонность к нравоучениям, неразговорчивость. Часто страдает от мнимой несправедливости по отношению к нему. В связи с этим проявляет настороженность и недоверчивость по отношению к людям, чувствителен к обидам и огорчениям, уязвим,

подозрителен, отличается мстительностью, долго переживает происшедшее, не способен "легко отходить" от обид. Для него характерна заносчивость, часто выступает инициатором конфликтов. Самонадеянность, жесткость установок и взглядов, сильно развитое честолюбие часто приводят к настойчивому утверждению своих интересов, которые он отстаивает с особой энергичностью. Стремится добиться высоких показателей в любом деле, за которое берется и проявляет большое упорство в достижении своих целей. Основной чертой является склонность к аффектам (правдолюбие, обидчивость, ревность, подозрительность), инертность в проявлении аффектов, в мышлении, в моторике.

3. Педантичный тип. Характеризуется ригидностью, инертностью психических процессов, тяжестью на подъем, долгим переживанием травмирующих событий. В конфликты вступает редко, выступая скорее пассивной, чем активной стороной. В то же время очень сильно реагирует на любое проявление нарушения порядка. На службе ведет себя как бюрократ, предъявляя окружающим много формальных требований. Он пунктуален, аккуратен, особое внимание уделяет чистоте и порядку, скрупулезен, добросовестен, склонен жестко следовать плану, в выполнении действий неторопliв, усидчив, ориентирован на высокое качество работы и особую аккуратность, склонен к частым самопроверкам, сомнениям в правильности выполненной работы, брюзжанию, формализму. С охотой уступает лидерство другим людям.

4. Возбудимый тип. Недостаточная управляемость, ослабление контроля над влечениями и побуждениями сочетаются у людей такого типа с властью физиологических влечений. Ему характерна повышенная импульсивность, инстинктивность, грубость, занудство, угрюмость, гневливость, склонность к резкости и брани, к трениям и конфликтам, в которых сам и является активной, провоцирующей стороной. Он раздражителен, вспыльчив, часто меняет место работы, неуживчив в коллективе. Отмечается низкая контактность в общении, замедленность вербальных и невербальных реакций, тяжеловесность поступков. Для него никакой труд не становится привлекательным, работает лишь по мере необходимости, проявляет такое же нежелание учиться. Такой тип равнодушен к будущему, целиком живет настоящим, желая извлечь из него массу развлечений. Повышенная импульсивность или возникающая реакция возбуждения гасятся с трудом и могут быть опасны для окружающих. Он может быть властным, выбирая для общения наиболее слабых людей.

5. Гипертимический тип. Людей этого типа отличает большая подвижность, общительность, болтливость, выраженность жестов, мимики, пантомимики, чрезмерная самостоятельность, склонность к озорству, недостаток чувства дистанции в отношениях с другими. Часто спонтанно отклоняются от первоначальной темы в разговоре. Везде вносят много шума, любят компании сверстников, стремятся ими командовать. Они почти всегда имеют очень хорошее настроение, хорошее самочувствие, высокий жизненный тонус, нередко цветущий вид, хороший аппетит, здоровый сон, склонность к чревоугодию и иным радостям жизни. Люди этого типа с повышенной самооценкой, веселые, легкомысленные, поверхностные и, вместе с тем, деловитые, изобретательные, блестящие собеседники. Такие люди, умеющие развлекать других, энергичны, деятельны, инициативны. Большое стремление к самостоятельности может служить источником конфликтов. Им характерны вспышки гнева, раздражения, особенно когда они встречают сильное противодействие, терпят неудачу. Они склонны к аморальным поступкам, повышенной раздражительности, прожектерству. Испытывают недостаточно серьезное отношение к своим обязанностям. Они трудно переносят условия жесткой дисциплины, монотонную деятельность, вынужденное одиночество.

6. Дистимический тип. Люди этого типа отличаются серьезностью, даже подавленностью настроения, медлительностью, слабостью волевых усилий. Для них характерно пессимистическое отношение к будущему, заниженная самооценка, а также низкая контактность, немногословность в беседе, даже молчаливость. Такие люди являются домоседами, индивидуалистами; общества, шумной компании обычно избегают, ведут

замкнутый образ жизни. Часто угрюмы, заторможены, склонны фиксироваться на теневых сторонах жизни. Они добросовестны, ценят тех, кто с ними дружит и готовы им подчиниться, располагают обостренным чувством справедливости, а также замедленностью мышления.

7. Тревожный тип. Людям данного типа свойственна низкая контактность, минорное настроение, робость, пугливость, неуверенность в себе. Дети тревожного типа часто боятся темноты, животных, страшатся оставаться одни. Они сторонятся шумных и бойких сверстников, не любят чрезмерно шумных игр, испытывают чувство робости и застенчивости, тяжело переживают контрольные, экзамены, проверки. Часто стесняются отвечать перед классом. Охотно подчиняются опеке старших, нотации взрослых могут вызвать у них угрызения совести, чувство вины, слезы, отчаяние. У них рано формируется чувство долга, ответственности, высокие моральные и этические требования. Чувство собственной неполноценности стараются замаскировать в самоутверждении через те виды деятельности, где они могут в большей мере раскрыть свои способности. Свойственные им с детства обидчивость, чувствительность, застенчивость мешают сблизиться с теми, с кем хочется. Особо слабым звеном является реакция на отношение к ним окружающих. Непереносимость насмешек, подозрения сопровождаются неумением постоять за себя, отстоять правду при несправедливых обвинениях. Редко вступают в конфликты с окружающими, играя в них в основном пассивную роль, в конфликтных ситуациях они ищут поддержки и опоры. Они обладают дружелюбием, самокритичностью, исполнительностью. Вследствие своей беззащитности нередко служат "козлами отпущения", мишенями для шуток.

8. Циклотимный тип. Характеризуется сменой гипертимных и дистимных состояний. Им свойственны частые периодические смены настроения, а также зависимость от внешних событий. Радостные события вызывают у них картины гипертимии: жажду деятельности, повышенную говорливость, скачки идей; печальные – подавленность, замедленность реакций и мышления, так же часто меняется их манера общения с окружающими людьми. В подростковом возрасте можно обнаружить два варианта циклотимической акцентуации: типичные и лабильные циклоиды. Типичные циклоиды в детстве обычно производят впечатление гипертимных, но затем проявляется вялость, упадок сил, то, что раньше давалось легко, теперь требует непомерных усилий. Прежде шумные и бойкие, они становятся вялыми домоседами, наблюдается падение аппетита, бессонница, или, наоборот, сонливость. На замечания реагируют раздражением, даже грубостью и гневом, в глубине души, однако, впадая при этом в уныние, глубокую депрессию, не исключены суицидальные попытки. Учатся неровно, случившиеся упущения наверстывают с трудом, порождают в себе отвращение к занятиям. У лабильных циклоидов фазы смены настроения обычно короче, чем у типичных циклоидов. «Плохие» дни отмечаются более насыщенным и дурным настроением, чем вялостью. В период подъема выражены желания иметь друзей, быть в компании. Настроение влияет на самооценку.

9. Экзальтированный тип. Яркая черта этого типа – способность восторгаться, восхищаться, а также – улыбчивость, ощущение счастья, радости и наслаждения. Эти чувства у них могут часто возникать по причине, которая у других не вызывает большого подъема, они легко приходят в восторг от радостных событий и в полное отчаяние – от печальных. Им свойственна высокая контактность, словоохотливость, влюбчивость. Такие люди часто спорят, но не доводят дела до открытых конфликтов. В конфликтных ситуациях они бывают как активной, так и пассивной стороной. Они привязаны к друзьям и близким, альтруистичны, имеют чувство сострадания, хороший вкус, проявляют яркость и искренность чувств. Могут быть паникерами, подвержены сиюминутным настроениям, порывисты, легко переходят от состояния восторга к состоянию печали, обладают лабильностью психики.

10. Эмотивный тип. Этот тип родственен экзальтированному, но проявления его не столь бурны. Для них характерны эмоциональность, чувствительность, тревожность,

болтливость, боязливость, глубокие реакции в области тонких чувств. Наиболее сильно выраженная черта – гуманность, сопереживание другим людям или животным, отзывчивость, мягкосердечность, сорадование чужим успехам. Они впечатлительны, слезливы, любые жизненные события воспринимают серьезнее, чем другие люди. Подростки остро реагируют на сцены из фильмов, где кому-либо угрожает опасность, такие сцены могут вызвать у них сильное потрясение, которое долго не забудется и может нарушить сон. Редко вступают в конфликты, обиды носят в себе, не «выплескиваются» наружу. Им свойственно обостренное чувство долга, исполнительность. Бережно относятся к природе, любят выращивать растения, ухаживать за животными.

*Леонгард К. Акцентуированные личности /Пер. с нем. В. М. Лещинской. – Ростов н/Д.: изд-во «Феникс», 2002. – 544с.

Приложение 11

ОРГАНИЗАЦИОННО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ*

		Зоны ответственности				
		Компетенции врача	Условия реализации деятельности врача	Мотивация деятельности врача	Поведение пациента	Индивидуальные особенности пациента
Субъекты деятельности	*Государство*	Образовательные стандарты, стандарты оказания помощи	Финансирование	Государственные программы поддержки медицинских работников	Социальный образ врача в СМИ	Социальные факторы качества жизни, экология
	Медицинское	Кадровая политика	Материальная база, внутренний распорядок	Система стимулирования труда работника	**Нет устойчивого механизма влияния.** Частично через систему информирования пациента	Профильность оказания медицинской помощи, качество оборудования и т.д.
	Врач	Профессиональные компетенции	Деятельность професссиональных организаций	Личностные особенности	Профессиональное общение	Диагностическое мышление
	Пациент	**Нет устойчивого механизма** Частично проверка через консультации других специалистов, Интернет	**Нет устойчивого механизма влияния** Частично через жалобы на качество лечения	**Нет устойчивого механизма влияния** Частично через жалобы на стиль общения врача	Образованность и уровень общей культуры, саморугуляция поведения	Особенности здоровьесберегающего поведения

*Яковлева Н.В. Конфликтный потенциал профессиональной медицинской деятельности: организационный и личностный аспекты // Сетевой научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». – том №7 2019/4 (27). – С. 584-585. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/konfliktnyy-potentsial-professionalnoy-meditsinskoy-deyatelnosti-organizatsionnyy-i-lichnostnyy-aspekty (дата обращения: 17.03.2021).

Приложение 12

КЛАССИФИКАЦИЯ ТИПОВ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ИХ ПРОЯВЛЕНИЯМ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО И. ХАРДИ*

1. *Сестра-рутинер.* Этот тип представлен самым большим числом сестер. Наиболее характерной чертой является механическое выполнение своих обязанностей. Порученные задачи такие сестры выполняют с необыкновенной тщательностью, скрупулезностью, проявляя часто невиданную ловкость и умение. Выполняется все, что нужно для ухода за больным, но самого-то ухода и нет. Такие сестры работают автоматически, подобно машинам, безлично, не переживая с больными, не сочувствуя им. Они делают все, упуская из виду одно - самого больного. Именно такие сестры допускают такие поистине абсурдные поступки, когда способны разбудить спящего больного только ради того, чтобы дать ему предписанное врачом снотворное.

2. *Тип сестры, «играющей заученную роль».* Этот тип заслуживает особого внимания. Такие сестры работают, сознательно играя определенную роль, стремясь к осуществлению определенного идеала. Если же такое поведение переходит допустимые границы, исчезает непосредственность, появляется неискренность. Следуя идеалу человечности, такая сестра вдруг начинает играть роль благодетельницы, часто проявляя незаурядные «артистические» способности в исполнении этой роли. Ее поведение становится искусственным, показным. Все это может помешать формированию должного контакта между сестрой и больным. Именно от таких сестер нередко можно слышать: «...напрасно я ему внушала...», «часами его воспитывала...» и пр.

3. *Тип «нервной» сестры.* Как об особом типе, о ней можно говорить, если нервозность эта проявляется в работе. Эмоционально лабильная личность сестры, склонной к невротическим реакциям, может явиться серьезной помехой в успешной работе с больными. Результатом этой напряженности могут быть грубость, раздражительность, вспыльчивость, вредно влияющие на больных. Не раз можно видеть хмурую, с обидой на лице сестру среди ни в чем не повинных больных. Тревожность у таких сестер может принять и форму ипохондрии, часто в подобных случаях мы встречаемся с боязнью инфекции, рака.

4. *Тип сестры с мужеподобной, сильной личностью.* Довольно хорошо известен в медицинской практике. Пациенты уже издали по уверенной походке узнают таких сестер. Этот тип сестры отличает настойчивость, решительность, возмущение по поводу малейшего беспорядка. В благоприятных случаях сестра с такой решительной личностью может стать прекрасным организатором, хорошим педагогом. О таких сестрах нередко говорят: «Строга, но справедлива...». При недостатке же культуры, образованности, более низком уровне развития сестра слишком негибка, часто груба и даже агрессивна с больными.

5. *Медицинская сестра материнского типа*, выполняющих свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным людям. Работа для них – неотъемлемое условие жизни. Забота о больных для них жизненное призвание. К ним как нельзя лучше подходит такое обращение, как «милая сестричка». Часто заботой о других, любовью к людям и пронизана и их личная жизнь.

6. *Тип медицинской сестры-специалиста.* Сюда следует отнести тех сестер, которые благодаря какому-то особому свойству личности, особому интересу получают специальное назначение. Такие сестры обычно бывают прекрасными секретарями, часто посвящают свою жизнь выполнению сложных технических задач, например, работе в специальных лабораториях. Иногда это фанаты своей узкой деятельности, неспособные ни на что, кроме выполнения этой работы, ничем кроме нее не интересующиеся.

*Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Пер. с венгер. М. Алекса. Под ред. М.В. Коркиной. – BUDAPEST: Типография Академии наук Венгрии, 1988.– 340с.

Приложение 13

АЛГОРИТМ РЕАГИРОВАНИЯ В КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ

1. Пациент рассержен – переходит на повышенный тон – угрожает жалобой
2. Отвечать спокойным доброжелательным тоном (принести извинения, если что-то было не так, выразить сожаление, понимание его психологического состояния)
3. Использовать активное слушание, сохраняя спокойное внимательное выражение лица
4. Опираться на технику повторения («Правильно ли я понимаю, что...?»)
5. Предоставлять реальную полезную информацию для пациента (о заболевании, о его причинах, минимизации его последствий)
6. Включать осознанность ситуации
7. Осознанно выбрать ведущую стратегию разрешения конфликта.

Приложение 14

ПРАВИЛО ПЯТИ «П», ИЛИ КАК БЫТЬ ВРАЧУ, ЕСЛИ КОНФЛИКТ ВСЕ ЖЕ ПРОИЗОШЕЛ*

Что предпримет пациент, когда не может найти общий язык с врачом и не настроен на прохождение лечения под кураторством конкретного медработника? Скорее всего, развернется и обратится к другому специалисту. Но что делать врачу при исполнении, если поиск компромиссов не увенчался успехом?

1. Позволить пациенту высказать свое мнение.

Всплеск эмоций поможет посетителю успокоиться. Нередко спокойная реакция врача на критику позволяет сгладить конфликт с пациентом и приблизить мирный исход спора.

2. Признать правоту оппонента.

Любой человек наделен правом волноваться о своем здоровье, и делать все возможное, чтобы его уберечь. Во время спора врач может сгладить острые углы, если будет проговаривать, что понимает причины недовольства или опасений, выказываемые второй стороной.

3. Проверить, насколько правильно дана оценка сложившейся ситуации.

Уточнения можно добиться наводящими фразами плана: «Вы полагаете, что…», «Вы не согласны…, и вы хотели бы…».

4. Прояснить причину конфликта.

Не всегда человек, общающийся на повышенных тонах, жаждет вступать в спор. Иногда больные реагируют импульсивно и эмоционально — это защитная реакция, так легче воспринимать происходящее (а ведь болезнь всегда сопровождается стрессом).

5. Предложить решение проблемы.

С целью сгладить острые углы в разговоре «вы» и «я» заменить местоимением «мы» («Что мы можем сделать в этом случае?», «Что мы можем предпринять в таком случае?», «На каком решении мы остановимся»).

*Распространенные причины конфликтов между врачом и пациентом. URL: https://kronkolit.pro/rasprostranennyye-prichiny-konfliktov-mezhdu-vrachom-i-patsiyentom/ (дата обращения: 05.05.2021).

Приложение 15

МЕТОДИКА «КЛИМАТ» (МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ МЕТОДИКИ Б.Д. ПАРЫГИНА)*

Цель: выяснение условий, обеспечивающих благоприятный психологический климат в коллективе.

Инструкция

Дайте оценку тому, как проявляются те или иные свойства психологического климата в коллективе. Для этого необходимо прочитать в схеме сначала предложения слева, а затем справа и после этого отметить в средней части листа ту оценку, которая, по вашему мнению, соответствует истине (обведите ее кружком).

Обработка результатов

- 3 – свойство проявляется в коллективе всегда
- 1 – проявляется достаточно, чтобы его заметить
- 0 – противоположные свойства (ни одно из них не проявляется достаточно заметно или проявляются оба в одинаковой степени).

Оценки с «+» относятся к левой части таблицы, с «–» – к правой.

Подсчитывается среднее количество баллов по каждому вопросу и строится профиль ответов группы. Затем вычисляется средняя величина по всей анкете (по группе).

В коллективе преобладает бодрый и жизнерадостный тон настроения.							Преобладают подавленные настроения, пессимистический настрой
Доброжелательность во взаимоотношениях, взаимное расположение.							Конфликтность в отношениях, агрессивность, антипатия.
В коллективе высоко ценится принципиальность, четность, бескорыстие, здесь велико желание трудиться							Принципиальность, честность, бескорыстие не в почете, нет стремления к коллективному труду
Коллектив стремится общаться и сотрудничать с другими коллективами							Наблюдается стремление обособиться от других коллективов
В отношениях между группировками внутри коллектива существует взаимное расположение и понимание							Группировки конфликтуют между собой
Членам коллектива нравится бывать вместе, чаще находиться в коллективе, участвовать в совместных делах, проводить свободное время							Члены коллектива проявляют отрицательное отношение к более тесному общению, отказываются от участия в совместных делах.
Успехи и неудачи отдельных членов коллектива вызывают сопереживание и искреннее участие у всех							Успехи и неудачи оставляют равнодушными остальных, а иногда вызывают нездоровую зависть и злорадство

Преобладают одобрение и поддержка, упреки и критика высказываются с добрыми побуждениями								Критические замечания носят характер явных и скрытых выпадов
Члены коллектива с уважением относятся к мнению друг друга								В коллективе каждый считает свое мнение главным и нетерпим к мнению других
В трудные для коллектива минуты происходит эмоциональное единение, когда «один за всех и все за одного»								В трудных случаях коллектив «раскисает», наблюдается растерянность, возникают ссоры, взаимные обвинения
Достижения и неудачи коллектива переживаются всеми как собственные								Достижения и неудачи коллектива не находят отклика у его представителей
Коллектив участливо и доброжелательно относится к новым членам, старается помочь им освоиться								Новички чувствуют себя лишними, чужими, к ним нередко проявляют враждебность
Коллектив быстро откликается, если нужно сделать полезное для всех дело								Коллектив невозможно поднять на совместное дело, каждый думает только о собственных интересах
В коллективе справедливо относятся ко всем, здесь всегда поддерживают слабых, выступают в их защиту								Коллектив заметно разделяется на «привилегированных» и «пренебрегаемых», здесь снисходительно относятся к слабым, нередко высмеивают их
У членов коллектива проявляется чувство гордости за свой коллектив, если его отмечают руководители								К похвалам и поощрениям коллектива здесь

*Викторова Е.А., Скляренко Н.И. Сборник диагностических материалов по изучению психологических особенностей педагогов в системе психолого-педагогического сопровождения в образовательных организациях региона. Белгород, 2020.

Приложение 16

ТЕХНИКА «КИНОТЕАТР»* (ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО КОНФЛИКТА)

1. Выберите неприятное воспоминание, травматическое переживание, связанное с деструктивным конфликтом, которое вы хотите нейтрализовать.
2. Постарайтесь погрузиться в свое ресурсное состояние, где вы чувствуете себя в безопасности. Для этого вспомните любой положительный опыт из своей жизни, где вы ощущали безопасность.
3. Представьте себя в зале кинотеатра, смотрящим в качестве зрителя на «фильм» о состоявшемся деструктивном конфликте с вами в главной роли. Переместитесь в комнату киномеханика, наблюдая себя со стороны как зрителя, сидящего в зале и смотрящего на экран.
4. Прокрутите плёнку событий деструктивного конфликта в ускоренном темпе от конца к началу 4-5 раз. Следите за вами, сидящим в зале и смотрящим на экран, как за зрителем, с тем, чтобы обеспечивать не вовлеченность в события «фильма» на экране. Наблюдайте за своими невербальными реакциями и эмоциями как зрителя.
5. Теперь представьте себя уже сидящим в зале и смотрящим на экран, на котором идет кино с собой в главной роли. Еще раз прокрутите фильм о конфликтной ситуации от конца в начало и обратно на высокой скорости 3-4 раза.
6. Проанализируйте свое эмоциональное отношение к тому, что вы многократно увидели. Как правило, взгляд на конфликт эта техника помогает изменить, начать относиться к нему спокойнее, принимая его как часть своего опыта. Новое психоэмоциональное состояние лучше помогает принять новое конструктивное решение.

*Ю. Мошкин. Визуально-кинестетическая диссоциация. Техника кинотеатра. URL: https://institutnlpspb.ru/baza-znanij-nlp/stati-po-nlp/vizualno-kinesteticheskaja-dissociacija-tehnika-kinoteatra/ (дата обращения: 14.05.2021).

Приложение 17

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ*

Задача № 1

В палате кардиологического отделения находится пациентка Х., 1939 года рождения. Наследственность отягощена болезнями системы кровообращения.

Со слов медицинского персонала, работающего в отделении, пациентка, характеризует себя властной, бескомпромиссной, эгоистичной, вспыльчивой, хотя долго сдерживается, но бывает, что впадает в неудержимую ярость. Она обидчивая, нанесенную обиду помнит долго, не упускает случая рассчитаться за нее. Считает своим долгом давать советы, не терпит к себе начальственного отношения. Гибкость в общении с людьми несвойственна, говорит то, что думает, хотя сознает, что из-за этого могут быть неприятности. После перенесенного инсульта характерологические особенности усилились, приобрели патологический характер, отмечалась бессонница. Дежурный врач, во время своего дежурства в отделении, назначил пациентке Х. фенозепам по полтаблетки 2 раза в день. Вскоре после применения препарата выяснилось, что у женщины развился спазм дыхательных путей. Резкое ухудшение состояния повысило раздражительность, конфликтность поведения пациентки.

В связи со сложившейся ситуацией потерпевшая написала жалобу главному врачу по поводу того, что врач халатно отнесся к её здоровью. В жалобе также указала, что поскольку ей присущи аккуратность и пунктуальность в исполнении работы, то и от других требует скрупулезного соблюдения установленного порядка, не прощает ни одного проступка. Пациентка далее направила официальную жалобу в департамент здравоохранения.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные формы его предупреждения.

3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 2

Пациенту К. 50 лет, госпитализирован в кардиологическое отделение БО. Из анамнеза известно, что в настоящее время женат, имеет взрослых детей, обстановка в семье благоприятная, работает руководителем на крупном предприятии. В БО госпитализирован с диагнозом – ишемическая болезнь сердца. Периодически испытывает давящие боли за грудиной различной степени выраженности, при этом снимает приступ нитроглицерином. Характерно ответственное, одержимое отношение к работе, выраженное в еще большей степени, чем до начала болезни. При беседе с врачом пациент часто перебивал, «жестко» вел беседу, навязывал свое понимание болезни, проявлял суетливость. Со слов медицинского персонала кардиологического отделения известно, что пациент избирательно относится к обследованию и лечению, стремится во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус, и возможность продолжения трудовой деятельности.

После выполнения инъекции в области локтевого сгиба у пациента К. появилась большая гематома. Он обратился к врачу отделения с требованием провести беседу со своими подчиненными, объясняя свое требование тем, что процедурная медицинская сестра не внимательна, недобросовестно относится к своим обязанностям. Врач была возмущена жалобой пациента и предложила обратиться в частную клинику, так как у нее все медсестры перегружены и не могут быть внимательны к каждому пациенту. В ответ на данную ситуацию, пациент написал жалобу главному врачу.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 3

Пациентка К., 75 лет пришла по записи на прием к врачу – кардиологу с жалобами на бессонницу, раздражительность, периодические боли за грудиной. Из анамнеза известно, что 3 года назад пациентка переехала на постоянное место жительства из другого города. В настоящее время она по собственному желанию проживает одна, дочь помогает материально. До переезда пациентка работала врачом, чувствовала себя удовлетворительно.

Получив в регистратуре талон с указанием номера кабинета и времени на прием к врачу, пациентка в течение 30 минут ожидала в коридоре вызова. Однако, ни в назначенное время, ни спустя еще полчаса, ее не пригласили на прием. На вопрос – «почему ее не вызвали», – пациентке ответили, что ее амбулаторной карты у врача нет и поэтому ей вновь надо пройти в регистратуру и взять там свою карту или, – «пусть сидит и ждет, когда ее принесут». Пациентка с раздражением в голосе, активно жестикулируя, высказывая тем самым свое недовольство случившимся.

Через 30 минут ожидания карточку так и не принесли. Пациентка, не скрывая свое раздражение, вновь обратилась к врачу, на что врач сказала, что ее карту потеряли. Женщина стала возмущаться, что ее карту постоянно не могут найти и теряют. На что врач ей ответила: «А я-то при чем? Вот кто теряет, тому и предъявляйте претензии». Возник конфликт, после которого женщина написала жалобу главному врачу.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 4

Пациент К., 45 лет, служащий банка, записался на прием к гастроэнтерологу и получил талон на прием к врачу. Из наблюдения за поведением пациента обращает на себя внимание его робость, застенчивость, впечатлительность. Отвечая на вопросы, робеет, чувствует себя неловко, краснеет, начинает заикаться. Придя в поликлинику в указанное время, пациент вошел в кабинет. В спокойном доброжелательном тоне, вежливо, он спросил: «Извините, за беспокойство, у меня талон на прием к врачу, в регистратуре направили меня в этот кабинет, назначенное время прошло, а меня не вызывают, Вы не скажите, где врач?». Врач раздраженным тоном, повышая интонацию, ответила: «Закройте дверь с другой стороны и научитесь читать объявление на дверях. Врач заболел, прием отменяется». Обескураженный тоном врача, пациент попытался сказать, что ради приема он отпросился с работы и попросил врача помочь ему в данной ситуации. Врач ответил, что это его проблемы. Пациент вышел из кабинета. В регистратуре также ответили, что в данной ситуации невозможно ничем помочь, т.к. свободных талонов нет, запись закончена. На следующий день пациент позвонил с жалобой на горячую линию с просьбой разобраться с грубым поведением медицинского персонала.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 5

Пациентка С., 1933 года рождения, по характеру общительна, скучает, когда остается одна. Отличается требовательностью к окружающим, настойчивостью в принятии решений, живет одна. Имеет взрослых детей и внуков. Пациентка С. после выписки из больницы была направлена на прием к участковому терапевту. Взяв талон, где было указано время приема, пациентка пришла вовремя. Не дождавшись у кабинета врача в течение часа своего вызова, пациентка С. заметила, что врач периодически заводит других пациентов в кабинет без очереди. На вопрос пациентки, обращенный к врачу, – «почему он принимает пациентов без очереди?», врач ответил, «что он вправе оказывать этим пациентам платные медицинские услуги без очереди, т.к. они заплатили за прием, а те, кто записан на прием в порядке оказания бесплатных медицинских услуг, пусть ждут, когда их вызовут». Возмущенная пациентка поднялась в кабинет к главному врачу, высказала недовольство по поводу сложившейся ситуации. Главный врач объяснил, что поликлиника может оказывать платные медицинские услуги и прием платных пациентов осуществляется вне очереди. Пациентка С. вернулась к кабинету врача. Однако, так и не дождавшись своей очереди, она ушла из поликлиники, написав жалобу в администрацию.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.
2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.
3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 6

Участковый терапевт пришел по вызову домой к пациентке М. 1958 года рождения. Вызывая врача, родственники пациентки по телефону уточнили, что больная жалуется на периодически возникающие чувство тяжести в затылочной области, головокружение, раздражительность, утомляемость, снижение работоспособности, бессонницу.

Пациентка, вспыльчиво, раздражаясь, что врач не пришел вовремя, говорит: «Доктор, я вас жду уже полчаса».

Врач: «Ждите, если вам это необходимо».

Пациентка, не скрывая обиды: «Я аккуратный и пунктуальный в работе человек и от других требую того же. Считаю своим долгом доложить вашему руководству о грубом отношении к пациентам. Терпеть не могу, когда не выполняют своих обязанностей. Что вы себе позволяете?!».

Врач: «А вы что позволяете себе?! Я вам что? Слуга? И не могу опоздать?»

Пациентка: «У вас дела в рабочее время – заниматься с больными».

Врач: «Знаете что? Вызывайте другого врача!»

Пациент: «А я и вызову другого врача – главного! Пусть разберется со своими подчиненными!»

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.
2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.
3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 7

Пациент С., 32 года, впервые обратился к урологу. Пациент С. отличается трудолюбием, упорядоченным поведением, контактностью, повышенной аккуратностью и добросердечностью. Это делает его вполне приятным и уступчивым пациентом.

По характеру пациент С. – человек веселый, открытый, добродушный. Однако, малейшая неприятность, как перемена погоды, грубое слово, неприязненный взгляд и т.п. – омрачает, приводит в глубокое уныние, но ненадолго. Теплое участие помогают ему

обрести прежнее положение духа. В течение дня настроение может неоднократно меняться от самых разнообразных причин. Различные, даже мелкие неприятности, переносит тяжело. В медицинской карте имеются сведения, что пациент С. имеет высшее техническое образование, работает успешно. С. женат, имеет двоих детей. Астенического телосложения. Сейчас напряжен, сидит в закрытой позе.

Пациент: «Доктор, я Вам как урологу хотел бы рассказать о своей беде, да не знаю, как начать…»

Врач: «Уж начните как-нибудь…».

Пациент: «Но я ведь мало что понимаю в медицине».

Врач: «А я не понимаю, что Вам нужно от меня. Если Вы ничего не понимаете в медицине, почему выбрали именно меня? Идите в регистратуру и расскажите там, кто из специалистов вам нужен. И только потом заходите в кабинет к врачу. До свидания! Пациент, вышел из кабинета в подавленном состоянии. На следующий день пациент пришел к главному врачу ОЗ, с жалобой на то, что врач в грубой форме «выставил его из кабинета».

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 8

Пациент 35 лет. Занимается бизнесом, самоуверен, в государственную больницу попал случайно. Соседи по палате считают пациента вспыльчивым, по пустякам может сильно раздражаться. Любит быть в центре внимания, вызывать удивление у других. В спокойной обстановке любит рассказывать истории и тем охотнее, чем с большим интересом его слушают.

Перед диагностическим исследованием врач терапевтического отделения назначил пациенту очистительную клизму. Пациент к предстоящей процедуре отнесся отрицательно, заявив, что не считает нужным делать клизму, и не будет. Требует другого врача или выписку из больницы. Врач на каждое высказывание пациента пытается дать объяснение о важности и необходимости данной процедуры для проведения обследования. Однако пациент не слушает объяснения, повышает тон, в резкой форме говорит врачу о его некомпетентности, угрожая, что обратится с жалобой, аргументируя тем, что современная медицина располагает более совершенными методами диагностики.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Укажите, что на Ваш взгляд является субъективными причинами конфликта?

4. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача № 9

Пациентка А., 1949 г.р., госслужащая, ожидает приема врача – косметолога. Войдя в кабинет, пациентка А. говорит уверенным тоном (при этом поза и жесты носят доминирующий характер): «Здравствуйте, введите мне гиалуроновую кислоту в область скул. Я прочитала в интернете. Мне понравился результат. Вас порекомендовали мне как хорошего доктора». Она снимает обувь и усаживается на кушетку. Смотрит на врача в ожидании, что врач начнет по ее указанию процедуры. Врач выясняет у нее наличие противопоказаний, говорит об особенностях ее лица. Пациентка продолжает раздраженно: «Я все это знаю. Вы сделаете мне процедуру или нет?» Врач сомневается, предупреждает о возможных нежелательных явлениях, осложнениях. Пациентка проявляет настойчивость:

«Я не поняла, мы будем делать процедуру или мне обратиться к другому косметологу?» Врач мягко объясняет пациентке, что такая процедура ей может навредить и предлагает другой вид коррекции. На что она резко встает и возмущается: «Вы не будете делать эту процедуру?! Я обращусь к руководителю!» Одевается и хлопает дверью. Впоследствии пациентка с жалобой обратилась к главному врачу.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.
2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.
3. Укажите, что на Ваш взгляд является субъективными причинами конфликта?
4. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача№ 10

В регистратуру ОЗ обратился пациент С. 1973 г.р., инженер. По характеру открытый, приветливый, коммуникабельный.

Пациент С., дождавшись своей очереди, начинает методично расспрашивать регистратора о возможности получить талон на прием к врачу – специалисту.

Регистратор (1995 г.р., профессиональный стаж работы 4 года, тщательно, скрупулезно, аккуратно выполняет все свои обязанности, действуя строго по инструкции. При этом проявляет усердие, но работает механически, не сопереживая, не проявляя сочувствия, подробно отвечает, затем отвлекается на телефонный звонок. Возвращаясь к прерванной беседе, регистратор просит напомнить, о чем шла речь.

Пациент С. ворчит, но повторяет. Очередной звонок вновь отвлекает регистратора, и он просит посетителя посмотреть самостоятельно сайт ОЗ, на котором размещена информация о записи на прием. В ответ пациент С. с возмущением указывает на недостаток внимания к себе. Регистратор, в свою очередь, вспоминает, что «он тоже человек». Пациент раздраженный, обиженный уходит из ОЗ. На следующий день приходит с письменной жалобой к главному врачу.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.
2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.
3. Укажите, что на Ваш взгляд является субъективными причинами конфликта?
4. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

Задача №11

В городскую клиническую больницу пришла новая заведующая отделением Р., эмоционально неустойчивая, вспыльчивая, раздражительная, склонная обсуждать личные проблемы, считает, что ее усилия не оценивают должным образом. (1973 г.р.) Замужем, имеет взрослых детей, стаж работы – 23 года. На одной из планерок, зав. отделением сообщила сотрудникам отделения о своем решении поменять старшую медсестру Т., имеющую 20 лет профессионального стажа, выполняющую свою работу с проявлением максимальной заботы и сочувствия к пациентам и сотрудникам. Обладает большим практическим опытом, умеет хорошо планировать свою работу, прекрасно ориентируется в профессиональных проблемах. Все сотрудники положительно отзывались о ней и высказывались против таких кадровых перестановок. Однако буквально через полтора месяца новая заведующая переманила на свою сторону сестру-хозяйку, увеличив ей премиальные выплаты и пообещав за «дружбу» дополнительные преференции, и еще нескольких медсестер, за которыми тянулся шлейф серьезных погрешностей в работе, а у некоторых были и дисциплинарные взыскания. С целью выжить старшую медицинскую сестру заведующая Р. распространила в отделении ложную информацию о том, что старшая медсестра Т. плохо отзывалась о коллегах. С этого момента в коллективе стали

происходить постоянные конфликты между сотрудниками, которые оказались по разные стороны баррикад. Большинство среднего и младшего медперсонала, не согласившись с действиями новой заведующей Р. и ее новых «друзей», неоднократно просили главную медсестру прийти в отделение и уладить конфликт, письменно обращались к главному врачу больницы, неоднократно записывались к нему на прием, чтобы высказать свое мнение по поводу ситуации в отделении. Но ни главная медсестра больницы, ни главный врач не нашли времени на решение этого конфликта. В результате сотрудники, не выдержав такого отношения, написали письма «во все инстанции» — в профсоюз, комиссию по труду, прокуратуру, в департамент здравоохранения города — о нарушении этико-моральных, трудовых прав сотрудников со стороны администрации больницы, включая главную медсестру и главного врача. Необходимо сказать, что в данном случае активную позицию по отстаиванию прав действующей старшей медсестры Т. занимал именно персонал отделения, а не она сама, неоднократно писавшая заявления на увольнение по собственному желанию, но по требованию коллектива вынужденная отзывать их.

ЗАДАНИЕ:

1. Укажите тип конфликта.

2. Выделите в структуре конфликта: основу его возникновения, предмет, участников конфликта, возможные варианты его предупреждения.

3. Укажите, что на Ваш взгляд является субъективными причинами конфликта?

4. Определите конструктивную стратегию выхода и разрешения конфликта.

*Ситуационные задачи. URL: https://www.isma.ivanovo.ru/attachments/47814 (дата обращения: 07.05.2021).

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В. А. Абабков, М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
2. Абрамова, Г. С. Психология в медицине / Г. С. Абрамова, Ю. А. Юдчиц. – М. : ЛПА «Кафедра», 1998. – 272 с.
3. Анцупов, А. Я. Конфликтология: история, теория, методология / А. Я. Анцупов, А. И. Шипилов. – 2-е изд., перераб и доп. – М. : ЮНИТИ, 2004. – 591 с.
4. Андреева, Г. М. Социальная психология : учебник / Г. М. Андреева. – Изд. 3-е. – М. : Наука, 1994. – 320 с.
5. Армстронг, М. Практика управления человеческими ресурсами / М. Армстронг, С. Тейлор ; пер. с англ. И. Малкова. – СПб. : Питер, 2018. – 1038 с.
6. Бабосов, Е. М. Конфликтология : учеб. пособие / Е. М. Бабосов. – 2-е изд., стереотип. – Минск : ТетраСистемс, 2010. – 464 с.
7. Баракат, Н. В. Модели взаимодействия как фактор эффективности медицинской интеракции [Электронный ресурс] / Н. В. Баракат // Альм. соврем. науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 19–21. -- Режим доступа: https://www.gramota.net/articles/issn_1993-5552_2013_6_04.pdf. – Дата доступа: 01.03.2021.
8. Баркер, А. Как улучшить коммуникативные навыки / А. Баркер. – М. : Претекст, 2018. – 256 с.
9. Бершадская, М. Б. Проблема конфликтов в сестринских коллективах [Электронный ресурс] / М. Б. Бершадская // Глав. мед. сестра. – 2015. – № 11. – Режим доступа: https://e.glavmeds.ru/415380. – Дата доступа: 05.05.2021.
10. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении : учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] ; под ред. А. Т. Щастного. – Витебск : ВГМУ, 2018. – 310 с.
11. Болучевская, В. В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3) [Электронный ресурс] / В. В. Болучевская, А. И. Павлюкова, Н. В. Сергеева // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 3. – Режим доступа: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer22.php. – Дата доступа: 13.04.2021.
12. Борисов, А. Ю. Роскошь человеческого общения / А. Ю. Борисов. – М. : RISC, 1988. – 184 с.
13. Брасс, А. А. Разные цели – разная мотивация / А. А. Брасс // Кадровик. Упр. персоналом. – 2017. – № 2. – С. 58–64.
14. Булгаков, М. А. Записки юного врача / М. А. Булгаков. – М. : Эксмо, 2019. – 192 с.
15. Берн, Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений: Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы / Э. Берн. – СПб. : Лениздат, 1992. – 400 с.
16. Бернс, Д. Ругаться нельзя мириться: как прекращать и предотвращать конфликты : пер. с англ. / Д. Бернс. – М. : Эксмо, 2020. – 288 с.
17. Богдан, Е. Л. Современная медицина и биоэтические вызовы / Е. Л. Богдан, В. Н. Сокольчик, М. В. Щавелева // Здравоохранение. – 2018. – № 3. – С. 35–41.
18. Вагин, И. Основной инстинкт. Психология интимных отношений / И. Вагин, А. Глущай. – М. : Питер, 2002. – 143 с.
19. Вагин, И. О. Научи себя смеяться: смехотерапия по-русски: поваляй дурака - станет жизнь легка / И. Вагин, А. Глущай. – М. : АСТ [и др.], 2004. – 303 с.

20. Вайнштейн, Л. А. Психология управления : учеб. пособие / Л. А. Вайнштейн, И. В. Гулис. – Минск : Выш. шк., 2018. – 383 с.
21. Вальчук, Э. А. Сестринское дело в Беларуси: опыт прошлого, настоящее и шаг в будущее (библиографический справочник): научно-методические издания сотрудников БелМАПО за 2001-2013гг. : справ. изд. / Э. А. Вальчук, Т. В. Матвейчик, В. И. Иванова. – Минск : БелМАПО, 2014. – 32 с.
22. Ван Эдвардс, В. Наука общения / В. Ван Эдвардс. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2017. – 384 с.
23. Васильев, Н. Н. Тренинг преодоления конфликтов / Н. Н. Васильев. – СПб. : Речь, 2002. – 174 с.
24. Основы теории коммуникации / под ред. М. А. Василика. – М. : Гардарики, 2007. – 615 с.
25. Вересаев, В. В. Записки врача / В. В. Вересаев. – М. : Эксмо, 2010. – 640 с.
26. Вишневская, В. П. Психология образа болезни у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с психосоматической патологией: Концепция, феноменология, особенности формирования и коррекции : автореф. дис. … д-ра психол. наук : 05.26.02 / В. П. Вишневская ; Всерос. центр экстр. и радиац. медицины МЧС России . – М., 2004. – 46 с.
27. Володарский, В. М. Леонардо да Винчи и Парацельс о магии и алхимии / В. М. Володарский // Леонардо да Винчи и культура Возрождения : сб. ст. / Рос. акад. наук, Науч. совет «История мировой культуры», Комис. по культуре Возрождения ; отв. ред. Л. М. Брагина. – М., 2004. – С. 176–183.
28. Володько, В. Ф. Основы менеджмента : учеб. пособие / В. Ф. Володько. – 3-е изд. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2010. – 304 с.
29. Волчанский, М. Е. Социология конфликта в медицине : автореф. дис. … д-ра социол. наук : 14.00.52 / М. Е. Волчанский ; Волгогр. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2008. – 47 с.
30. Денисов, И. Н. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной практике / И. Н. Денисов, А. Г. Резе, А. В. Волнухин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 5. – С. 18–21.
31. Дик, У. Эффективная коммуникация. Приемы и навыки / У. Дик. – М. : Гуманитар. центр, 2007. – 188 с.
32. Герасимова, И. В. Приемы и методы эффективного общения с пациентами [Электронный ресурс] : метод. пособие / И. В. Герасимова, В. А. Трубников, А. Н. Варламов. – Режим доступа: https://oocmp.ru/assets/doc/info/priemi.pdf. – Дата доступа: 19.04.2021.
33. Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М. М. Сачек [и др.] // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2011. – № 2. – С. 4–14.
34. Горанчук, В. В. Психология делового общения и управленческих воздействий / В. В. Горанчук. – СПб. : Изд. Дом «Нева» ; М. : ОЛМА-ПРЕСС Инвест, 2003. – 288 с.
35. Горбачева, И. М. Роль смеховой коммуникации в социокультурном развитии общества в кризисные периоды / И. М. Горбачева, Е. В. Гришанова // Эконом. и соц.-гуманитар. исслед. – 2018. – № 2. – С. 85–90.
36. Григорьева, Н. В. Формирование навыков конструктивного общения у медицинских специалистов в системе непрерывного образования / Н. В. Григорьева // Вестн. психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 3. – С. 46–60
37. Гришина, Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина. – СПб. : Питер, 2019. – 576 с.

38. Гуров, А. Н. Управление конфликтами в медицинской организации / А. Н. Гуров, М. И. Жукова. – М. : МОНИКИ, 2017. – 39 с.
39. Губернаторов, Е. Более 40% россиян заявили о недоверии врачам [Электронный ресурс] / Е. Губернаторов // Росбизнесконсалтинг. – Режим доступа: https://www.rbc.ru/society/11/12/2019/5df089c29a79479c2d976fb1. – Дата доступа: 18.03.2021.
40. Навыки общения с пациентами: симуляционное обучение и оценка коммуникативных навыков в медицинском вузе : метод. рук. / Урал. гос. мед. ун-т ; Н. С. Давыдова [и др.] ; под науч. ред. Н. С. Давыдовой, Е. В. Дьяченко. – Екатеринбург : АТ групп, 2019. – 128 с.
41. Дафт, Р. Менеджмент / Р. Дафт. – 10-е изд. – СПб. : Питер, 2013. – 655 с.
42. Социальная психология : учеб. пособие / под ред. А. Н. Сухова, А. А. Деркача. – М. : Академия, 2001. – 600 с.
43. Дорошенко, Р. В. Врачебная коммуникация по протоколу SPIKES с пациентами и их родственниками / Р. В. Дорошенко, О. В. Петкевич, В. А. Кривенчук. – Гомель : РНПЦ РМиЭЧ, 2018. – 43 с.
44. Друкер, П. Ф. Менеджмент / П. Ф. Друкер, Дж. Макъярелло. – М. : Вильямс, 2010. – 699 с.
45. Дубовская, Е. М. Социальная психология малой группы / Е. М. Дубовская. – М. : Аспект Пресс, 2001. – 318 с.
46. Емельянов, С. Н. Практикум по конфликтологии : учеб. пособие для вузов / С. Н. Емельянов. – СПб. : Питер, 2009. – 210 с.
47. Задера, Г. П. Медицинские деятели в произведениях А. П. Чехова / Г. П. Задера // Ежемес. прил. к журн. «Нива». – 1903. – № 10. – С. 301–324 ; № 11. – С. 481–510.
48. Зарецкая, Е. Н. Деловое общение : учебник : в 2 т. / Е. Н. Зарецкая. – М. : Дело, 2002. – Т. 1. – 686 с. ; Т. 2. – 720 с.
49. Зверева, Н. Правила делового общения: 33 «нельзя» и 33 «можно» / Н. Зверева. – 3-е изд. – М. : Альпина Паблишер, 2017. – 138 с.
50. Здрок, О. Н. Медиация : пособие / О. Н. Здрок. – Минск : Четыре четверти, 2018. – 540 с.
51. Зильбер, А. П. Этюды медицинского права и этики / А. П. Зильбер. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 840 с.
52. Иванова, Е. Н. Конфликтологическое консультирование : учеб. пособие / Е. Н. Иванова. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2012. – 151 с.
53. Иванюшкин, А. Я. Права пациентов и профессиональные ошибки медицинских работников. Этико-правовые аспекты / А. Я. Иванюшкин. – М. : Автор. акад., 2010. – 112 с.
54. Изуткин, Д. А. Образы больных в рефлексиях врача / Д. А. Изуткин // Мед. альм. – 2016. – № 5. – С. 35–37.
55. Путеводитель по специальностям / Л. В. Ильина [и др.]. – Минск : Красико-Принт, 2006. – 72 с.
56. Карнеги, Д. Как завоевывать друзей и оказать влияние на людей / Д. Карнеги. – М. : Попурри, 2020. – 272 с.
57. Карасев, Е. А. К вопросу о специфике и классификации производственных конфликтов в медицинских учреждениях / Е. А. Карасев // Наука, техника и образование. – 2018. – № 4. – С. 88–90.

58. Картрайт, С. Стресс на рабочем месте : пер. с англ. / С. Картрайт, К. Купер. – Харьков : Изд-во Гуманитар. Центр, 2004. – 236 с.
59. Килпеляйнен, Т. Руководство по работе в Финляндии для иностранного медицинского персонала [Электронный ресурс] / Ун-т приклад. наук Сатакунта ; Т. Килпеляйнен // Mosaiikki ry. – 2010. – Режим доступа: http://mosaiikki.info/tyoinfo/sairaanhoitajan_opas_ru.pdf. – Дата доступа: 26.11.2021.
60. Кинан, К. Эффективное общение / К. Кинан. – М. : Эксмо-Пресс, 2007. – 80 с.
61. Кишкель, Е. Н. Управленческая психология : учебник / Е. Н. Кишкель. – М. : Высш. шк., 2002. – 270 с.
62. Захарьин, Г. А. Клинические лекции. Вып. 1 / Г. А. Захарьин. – 2-е изд. – М. : МГУ, 1891. – 152 с.
63. Кодекс Республики Беларусь о браке и семье [Электронный ресурс] : 9 июля 1999 г., № 278-З : в ред. Закона Респ. Беларусь от 18.12.2019, № 277-З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
64. Кодекс Республики Беларусь об образовании [Электронный ресурс] : 13 янв. 2011 г., № 243-З ; принят Палатой представителей 2 дек. 2010 г. : одобр. Советом Респ. 22 дек. 2010 г. : в ред. Закона Респ. Беларусь от 23 июля 2019 г., 233-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
65. Конституция Республики Беларусь 1994 года : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 24 нояб. 1996 г. и 17 окт. 2004 г. – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с.
66. Концепция предупреждения социального сиротства и развития образовательных учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей / Л. М. Шипицина [и др.] ; под ред. Л. М. Шипициной. – СПб. : ИСПиП, 2000. 54 с.
67. Комлев, Н. Г. Словарь иностранных слов / Н. Г. Комлев. – М. : Эксмо-Пресс, 2008. – 672 с.
68. Крижанская, Ю. С. Грамматика общения / Ю. С. Крижанская, В. П. Третьяков. – Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1990. – 208 с.
69. Кралько, А. А. Правовые основы деятельности медицинского работника : учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2012. – 104 с.
70. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2014. – 277 с.
71. Кралько, А. А. Профилактика коррупционных правонарушений в здравоохранении / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2017. – 68 с.
72. Кралько, А. А. Способы защиты врача от конфликтного пациента / А. А. Кралько // Руководитель. Здравоохранение. – 2017. – № 7. – С. 31–35.
73. Кралько, А. А. Медицинское право : учеб.-метод. пособие : в 3 т. / А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2019. – Т. 1. – 154 с. ; Т. 2. – 150 с. ; Т. 3. – 100 с.
74. Колосницына, М. Г. Мотивация персонала и методы оплаты труда в здравоохранении / М. Г. Колосницына // Мотивация и оплата труда. – 2010. – № 3. – С. 170–178.
75. Кульпанович, О. А. Внебюджетные источники финансирования здравоохранения: фандрайзинг и спонсоринг : учеб.-метод. пособие / О. А. Кульпанович, М. В. Щавелева, Т. Н. Соколовская. – Минск : БелМАПО, 2021. – 87 с.
76. Кричевский, Р. Л. Три подхода к исследованию психологической совместимости / Р. Л. Кричевский, А. Н. Обозова. – Самара : Бахрах-М, 2002. – 521 с.

77. Крижанская, Ю. С. Грамматика общения / Ю. С. Крижанская, В. П. Третьяков. – Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1990. – 208 с.
78. Кощеева, Н. А. Межличностные конфликты профессионального стресса у медицинских сестер / Н. А. Кощеева // Вестн. ЛГУ им. А. С. Пушкина. – 2008. – № 3. – С. 134–139.
79. Кузин, С. А. На линии огня. Искусство отвечать на провокационные вопросы / С. А. Кузин. – М. : Экмо, 2014. – 416 с.
80. Кузнецов, А. В. Социальные взаимоотношения врачей, пациентов и СМИ в процессе медикализации : автореф. дис. … канд. соц. наук : 14.00.52 / А. В. Кузнецов ; Волгогр. гос. мед. ун-т. – Волгоград, 2009. – 26 с.
81. Кузнецова, Т. Н. Конфликты в сфере здравоохранения [Электронный ресурс] / Т. Н. Кузнецова, К. М. Сальникова // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2015. – Т. 5, № 5. – Режим доступа: https://medconfer.com/node/5128. – Дата доступа: 26.11.2021.
82. Купер, К. Организационный стресс. Теории, исследования и практическое применение : пер. с англ. / К. Купер, Ф. Дэйв, М. О'Драйскол. – Харьков : Изд-во Гуманитар. центр, 2007. – 336 с.
83. Лаптиева, Л. Н. Роль симуляционного обучения в профессиональной адаптации медицинских работников / Л. Н. Лаптиева, Т. В. Матвейчик, О. П. Цывис // Мед. сестра. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 8–13.
84. Левчаева, Н. В. Убеждение, внушение и аргументация как основные психологические приемы воздействия в процессе делового общения [Электронный ресурс] // Мир науки и образования. – 2016. – № 1. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/ubezhdenie-vnushenie-i-argumentatsiya-kak-osnovnye-psihologicheskie-premy-vozdeystviya-v-protsesse-delovogo-obscheniya. – Дата доступа: 26.11.2021.
85. Леонгард, К. Акцентуированные личности / К. Леонгард ; пер. с нем. В. М. Лещинской. – Ростов н/Д. : Феникс, 2002. – 544 с.
86. Леонов, Н. И. Конфликтология / Н. И. Леонов. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т ; Воронеж : МОДЭК, 2002. – 192 с.
87. Леонов, Н. И. Конфликтологическая компетентность педагога [Электронный ресурс] / Н. И. Леонов // Психология образования в XXI веке: теория и практика : материалы междунар. науч.-практ. конф., Волгоград, 14–16 сент. 2011 г. : к 80-летию Волгоград. гос. соц.-пед. ун-та / Волгоград. гос. соц.-пед. ун-т [и др. ; редкол.: Н. К. Сергеев и др.]. – Волгоград, 2011. – Режим доступа: http://psyjournals.ru/education21/issue/55838_full.shtml. – Дата доступа: 26.11.2021.
88. Лепехин, Н. Н. Конфликт-менеджмент в организации: от урегулирования к трансформации конфликта / Н. Н. Лепехин // Петерб. психол. журн. – 2012. – № 1. – С. 1–35.
89. Лурия, Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания / Р. А. Лурия. – М. : Медицина, 1977. – 112 с.
90. МакГи, П. Мастерство общения. Как найти общий язык с кем угодно / П. МакГи. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2015. – 240 с.
91. Мартин, Р. Психология юмора / Р. Мартин ; пер. с англ. под ред. Л. В. Куликова. – М. : Питер, 2009. – 478 с.
92. Марченко-Тябут, Д. А. Технологии делового общения : учеб.-метод. пособие / Д. А. Марченко-Тябут, С. Ф. Новицкая, Е. В. Шпаковская. – Минск : БелМАПО, 2015. – 58 с.
93. Матвейчик, Т. В. Управление сестринской деятельностью / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2021. – 248 с.

94. Матвейчик, Т. В. Трансформация сестринского образования в истории Беларуси: от опыта прошлого – шаг в будущее / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2020. – 223 с.
95. Матвейчик, Т. В. В помощь главной (старшей) медицинской сестре : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 201 с.
96. Матвейчик, Т. В. Особенности работы медицинской сестры с пациентом в период пандемии коронавирусной инфекции / Т. В. Матвейчик // Вестн. мед. ин-та им. Меграбяна. – 2020. – Т. 9. – С. 31–40.
97. Матвейчик, Т. В. Организационные, социальные, клинические аспекты ухода за детьми раннего возраста / Т. В. Матвейчик, Г. А. Шишко ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : Ковчег, 2019. – 289 с.
98. Матвейчик, Т. В. Базовое и дополнительное образование медицинских сестер в Республике Беларусь: тенденции и перспективы : монография / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2018. – 171 с.
99. Матвейчик, Т. В. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Ю. В. Вискуб, С. М. Русак. – Минск : Ковчег, 2018. – 288 с.
100. Медицинский дискурс: специфика профессиональной коммуникации врача / Т. В. Кочеткова [и др.] // Мир науки, культуры, образования. – 2018. – № 3. – С. 466–468.
101. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.] ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2017. – 295 с.
102. Организация работы главных медицинских сестер санаторно-курортных организаций : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 334 с.
103. Матвейчик, Т. В. Теория сестринского дела : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко. – Минск : Выш. шк., 2016. – 366 с.
104. Матвейчик, Т. В. Анализ новых подходов к системе обучения главных медицинских сестер / Т. В. Матвейчик. – Минск : Ковчег, 2015. – 77 с.
105. Матвейчик, Т. В. Уровень трудовой мотивации и значение определения показателей организационных и коммуникативных навыков главных медицинских сестер в Беларуси / Т. В. Матвейчик, Л. В. Шваб // Научные и практические результаты в технических, общественных, естественных и гуманитарных науках. Перспективы их развития : сб. науч. ст. по итогам Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 22–23 янв. 2015 г. – СПб., 2015. – С. 108–112.
106. Матвейчик, Т. В. Проблемы в состоянии здоровья населения Республики Беларусь: возрастные аспекты смертности / Т. В. Матвейчик, В. В. Антипов, С. И. Антипова // Medicus. – 2016. – № 1. – С. 107–115.
107. Матвейчик, Т. В. Сестринское дело в XXI веке : монография / Т. В. Матвейчик, Е. М. Тищенко, Э. В. Мезина ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования – Минск : БелМАПО, 2014. – 303 с.
108. Матвейчик, Т. В. Элементы инновационного менеджмента в обучении специалистов сестринского дела (мастер-класс для организаторов сестринского дела) : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, С. Ф. Новицкая. – Минск : Lap Lambert Academic Publishing, 2014. -- 83с.

109. Матвейчик, Т. В. Сестринский руководитель в системе первичной медицинской помощи : монография / Т. В. Матвейчик, А. П. Романова, Л. В. Шваб. – Минск : ГУ РНМБ, 2012. – 88 с.
110. Матвейчик, Т. В. Организация сестринского дела в системе пенитенциарной медицины : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик, В. И. Петров, А. А. Кралько. – Минск : БелМАПО, 2011. – 237 с.
111. Матвейчик, Т. В. Методологические основы работы «Школы сахарного диабета» : учеб.-метод. пособие для организаторов сестр. дела / Т. В. Матвейчик, И. К. Билодид, А. А. Романовский. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск : Ковчег, 2010. – 132 с.
112. Матвейчик, Т. В. Учебно-практическое пособие по тренинг-семинару «Самодиагностика и предупреждение синдромов эмоционального выгорания и хронической усталости (МКБ-10-F43)» / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченок ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск, 2002. – 24 с.
113. Матвейчик, Т. В. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста) : учеб.-практ. пособие по тренинг-семинару / Т. В. Матвейчик, В. Ф. Волченок. – Минск : БелМАПО, 2002. – 43 с.
114. Медицинская конфликтология [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://works.doklad.ru/view/g6L3D2DvA-Y/all.html. – Дата доступа: 26.11.2021.
115. Медико-социальное сопровождение пациента психиатрического и наркологического профиля в практике медицинской сестры / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Ковчег, 2013. – 223 с.
116. Метод оценки 360 градусов: как применять и как правильно составить опросник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.ispring.ru/elearning-insights/metod-otsenki-360-gradusov. – Дата доступа: 26.11.2021.
117. Мирский, М. Б. Сестринское дело в Белоруссии (1795-2006) : монография / М. Б. Мирский, Е. М. Тищенко, Н. Е. Хильмончик ; Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно : ГрГМУ, 2008. – 160 с.
118. Молодежь в зоне риска: социально-культурные основы профилактики пьянства и алкоголизма / О. А. Павловская [и др.] ; Нац. акад. наук Беларуси, Ин-т философии. – Минск : Беларус. навука, 2015. – 429 с.
119. Медсестры в общественном здравоохранении: прошлое и будущее : лит. обзор. – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2001. – 24 с.
120. Мусейчук, М. В. Юмор в психотерапии и консультировании: проблемы и решения в современных парадигмах [Электронный ресурс] / М. В. Мусейчук // Мед. психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 3. – Режим доступа: https://www.elibrary.ru/download/elibrary_30275440_17091348.pdf. – Дата доступа: 26.11.2021.
121. Сильверман, Дж. Навыки общения с пациентами : пер. с англ. / Дж. Сильверман, С. Кёрц, Дж. Дрейпер. – 3-е изд. – М. : Гранат, 2018. – 303 с.
122. Научные исследования в сфере социально-экономических и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и конвергенция знаний: монография / И. В. Абакумова [и др.] ; под ред. Р. М. Байгулова, О. А. Подкопаева. – Самара : Офорт, 2016. – 439 с.
123. Нейт, Р. Конфликт – это подарок. Как направить энергию разногласий в мирное русло / Р. Нейт. – М. : МИФ, 2017. – 272 с.
124. Носачев, Г. Н. Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе «врач – пациент» : науч.-практ. пособие / Г. Н. Носачев. – М. : Форум, 2020. – 104 с.

125. Об утверждении Концепции развития дополнительного образования взрослых в системе здравоохранения на 2021-2025 годы : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 дек. 2020 г., № 1439.
126. О Государственной программе «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2021–2025 годы [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 19 янв. 2021 г., № 28 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028. – Дата доступа: 03.04.2020.
127. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 18 июня 1993 г., № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 21 окт. 2016 г. № 433–З // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2021.
128. О правилах медицинской этики и деонтологии [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 7 авг. 2018 г., № 64.
129. Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. пособие / Н. Н. Пилипцевич [и др.]. – Минск : Новое знание, 2015. – 784 с.
130. Общая психодиагностика : практикум : в 2 ч. / сост.: И. Н. Калашникова, Ю. Г. Коляго, О. В. Конькова. – Минск : БГПУ, 2009. – Ч. 1. – 66 с. ; Ч. 2. – 71 с.
131. Огнерубов, Н. А. Синдром эмоционального выгорания у врачей-терапевтов / Н. А. Огнерубов, М. А. Огнерубова // Вестн. Тамбов. гос. ун-та. Сер. Естеств. и техн. науки. – 2015. – Т. 20, № 2. – С. 307–318.
132. Осокина, А. Институт социологии НАН: 94% медиков сталкивались с агрессией пациентов / А. Осокина. – 2014. – Режим доступа: https://news.tut.by/society/401136.html. – Дата доступа: 13.04.2021.
133. Прохоренко, Н. Ф. Кому нужны ненужные расходы в медицинских организациях / Н. Ф. Прохоренко // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестн. ВШОУЗ. – 2017. – № 4. – С. 29–35.
134. Олевская, И. З. Основы психологии и педагогики : учеб.-метод. пособие / И. З. Олевская. – Минск : МГЭУ им. А. Д. Сахарова, 2015. – 120 с.
135. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : рук. для специалистов, вовлеч. в ВИЧ-сервис и др. мед.-соц. деятельность : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
136. Орлова, Е. В. Культура профессионального общения врача. Коммуникативно-компетентный подход / Е. В. Орлова. – М. : Фороум, 2015. – 286 с.
137. Организация медико-социального ухода за пациентами на дому : учеб. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Адукацыя і выхаванне, 2011. – 368 с.
138. Основы психологии и педагогики : метод. пособие / И. И. Лобач [и др.] ; под ред. В. А. Клименко, И. И. Лобача. – Минск : БНТУ, 2013. – 303 с.
139. Отчет о совещании главных медицинских сестер Европейского региона ВОЗ, Варшава, Польша, 7–8 окт. 2011 г. / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2012. – 29 с.
140. Парыгин, Б. Д. Социально-психологический климат коллектива. Пути и методы изучения / Б. Д. Парыгин. – СПб. : Наука, 2009. – 370 с.
141. Пезешкиан, Н. Торговец и попугай. Восточные истории и психотерапия / Н. Пезешкиан ; пер. с нем. под ред. А. В. Брушлинского, А. З. Шапиро. – М. : Прогресс, 1992. – 240 с.

142. Петровская, Л. А. Компетентность в общении: социально-психологический тренинг / Л. А. Петровская. – М. : Изд-во МГУ, 1989. – 216 с.
143. Петровский, В. Идеальный аргумент. 1500 способов победить в споре с помощью универсальных фраз-энкодов / В. Петровский, А. Ходорыч. – М. : Бомбора, 2018. – 400 с.
144. Петрович, М. В. Экономика управления / М. В. Петрович ; Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь. – 2-е изд., стер. – Минск : Изд. центр УО БГЭУ, 2017. – 479 с.
145. Пископпель, А. А. Конфликтное взаимодействие. Методология и теория / А. А. Пископпель. – М. : Наследие ММК, 2013. – 194 с.
146. План мероприятий (дорожная карта) по реализации Концепции развития сестринского дела в Республике Беларусь на 2021-2025 годы : дополнение к приказу М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 22.01.2021 г.
147. Покровский, В. И. Биомедицинская этика / В. И. Покровский, В. Р. Поттер. – М. : Медицина, 2012. – 178 с.
148. Попов, В. Л. Правовые основы медицинской деятельности : справ.-информ. пособие / В. Л. Попов, Н. П. Попова. – 2-е изд., дораб. и доп. – СПб. : Деан, 1999. – 253 с.
149. Проблемы врачебной этики в современном мире : тез. докл. XVI междунар. мед. конф., Витебск, 25–26 июня 2020 г. / Витеб. епархия Рим.-Катол. Церкви в Респ. Беларусь, Упр. здравоохранения Витеб. облисполкома. – Минск : ПРО ХРИСТО, 2020. – 126 с.
150. Регнет, Э. Организационные конфликты. Формы. Функции и способы преодоления : пер. с нем. / Э. Регнет. – 2-е изд., испр., перераб. – Харьков : Гуманитар. центр, 2014. – 408 с.
151. Результаты исследований социальных и гуманитарных наук: междисциплинарный подход и синергетический эффект : монография / И. А. Бондаренко [и др.] ; под ред. И. А. Бондаренко, О. А. Подкопаева. – Самара : Поволж. науч. корпорация, 2018. – 316 с.
152. Республика Беларусь. Статистический ежегодник, 2019. – Минск : Нац. стат. ком. Респ. Беларусь, 2019. – 354 с.
153. Розенберг, М. Ненасильственное общение: Язык жизни : пер. с англ. / М. Розенберг. – М. : София, 2019. – 288 с.
154. Розенштиль, Л. Организационная психология : пер. с нем. / Л. Розенштиль, В. Мольт, Б. Рюттингер. – Харьков : Гуманитар. центр, 2014. – 464 с.
155. Романова, А. П. Модели динамики смертности населения Беларуси на рубеже XX-XXI вв. / А. П. Романова, О. В. Красько ; Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – Минск : БелМАПО, 2020. – 660 с.
156. Роудз, М. Как разговаривать с кем угодно. Уверенное общение в любой ситуации / М. Роудз. – М. : Манн, Иванов, Фербер (МИФ), 2015. – 150 с.
157. Сафиуллина, Л. А. Профессиональный стресс и синдром выгорания у профессиональных работников [Электронный ресурс] / Л. А. Сафиуллина // X Международная студенческая научная конференция : студен. науч. форум – 2018. – Режим доступа: https://scienceforum.ru/2018/article/2018007909. – Дата доступа: 20.03.2021.
158. Скотт, Дж. Способы разрешения конфликтов / Дж. Скотт. – Киев : Верзилин и К., ЛТД, 1991. – 208 с.
159. Смирнова, Н. А. Конфликтные ситуации в городских поликлиниках: основные причины и способы разрешения / Н. А. Смирнова, Е. Е. Лобанова // Здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 58–63.

160. Сарсенова, Л. Коммуникативные навыки медицинского персонала среднего звена с пациентами (медицинские сестры, фельдшеры, акушерки) [Электронный ресурс] / Л. Сарсенова // Нац. науч. центр развития здравоохранения им. С. Каирбековой. – Режим доступа: http://www.rcrz.kz/files/vebin/2 Вебинар_Раздаточный материал.pdf. – Дата доступа: 26.11.2021.
161. Сачек, М. М. Пациентоориентированное здравоохранение / М. М. Сачек, А. В. Маймур // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 33–43.
162. Сидоров, П. И. Введение в клиническую психологию : учебник / П. И. Сидоров, А. В. Парняков. – М. : Акад. проект, 1999. – 368 с.
163. Силуянова, И. В. Избранные: о призвании врача / И. В. Силуянова. – М. : Форма Т, 2008. – 256 с.
164. Скутин, А. В. Гелототерапия (смехотерапия – новая медицинская технология) / А. В. Скутин // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 2011. – № 3. – С. 89–93.
165. Солтан, М. М. Современные подходы к снижению конфликтогенного потенциала медицинской деятельности / М. М. Солтан, Н. Е. Хейфец, Е. Н. Хейфец // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 3. – С. 45–52.
166. Смольский, А. П. Практический менеджмент: инструменты, стратегия и тактика управления : учеб. пособие / А. П. Смольский. – Минск : Амалфея : Мисанта, 2016. – 441 с.
167. Соснова, А. С. Мотивация как функция менеджмента. Способы мотивации к труду персонала организации [Электронный ресурс] / А. С. Соснова // Наука, образование и культура. – 2017. – № 9 (24). – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsiya-kak-funktsiyamenedzhmenta-sposoby-motivatsii-k-trudu-personala-organizatsii. – Дата доступа: 17.04.2019.
168. Состояние сестринского дела в мире 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров / Всемир. орг. здравоохранения. – Женева : ВОЗ, 2020. – 144 с.
169. Соколова, Э. А. Психологические проблемы человека и социальной группы : монография / Э. А. Соколова. – Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2012. – 232 с.
170. Сопроводительное руководство медицинской сестре по общению и уходу за пациентами психиатрического и наркологического профиля : учеб.-практ. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : Белпринт, 2012. – 188 с.
171. Антоний (Блум Андрей Борисович; митр. Сурожский) О современной медицинской этике / Антоний, митрополит Сурожский. – СПб. : Возрождение, 2009. – 63 с.
172. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника : учеб.-метод. пособие / Т. В. Матвейчик [и др.]. – Минск : БелМАПО, 2017. – 295 с.
173. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранение Российской федерации до 2020 года». Краткая версия / Г. Э. Улумбекова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 96 с.
174. Урванцев, Л. П. Профессиональное общение врача: психологическая наука –практике высшего медицинского образования [Электронный ресурс] / Л. П. Урванцев // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие : сетевой журн. – 2015. – № 1. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-obschenie-vracha-

psihologicheskaya-nauka-praktike-vysshego-meditsinskogo-obrazovaniya. – Дата доступа: 22.03.2021.

175. Урванцев, Л. П. Формирование психологической компетентности врача в процессе обучения в медицинском вузе / Л. П. Урванцев, Н. В. Яковлева // Психол. журн. – 1995. – Т. 16, №4. – С. 98–108.

176. Фексеус, Х. Искусство манипуляции. Как стать умнее, счастливее и обрести смысл жизни / Х. Фексеус ; пер. с швед. Е. Хохловой. – М. : АСТ, 2020. – 608 с.

177. Фелау, Э. Конфликты на работе: как их распознавать, разрешать, предотвращать / Э. Фелау ; пер. с нем. Е. А. Зись. – 7-е изд., стер. – М. : Омега-Л, 2014. – 116 с.

178. Фишер, Р. Переговоры без поражения. Гарвардский метод / Р. Фишер, У. Юри, Б. Паттон ; пер. с англ. Т. Новиковой. – 8-е изд. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2019. – 272 с.

179. Фишер, Р. Переговоры без поражения / Р. Фишер, У. Юри, Б. Паттон. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2018. – 272 с.

180. Фохт-Бабушкин, Ю. У. Викентий Вересаев / Ю. У. Фохт-Бабушкин // Русская литература рубежа веков (1890-е – начало 1920-х годов). – М. : ИМЛИ РАН «Наследие», 2001. – 768 с.

181. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди ; пер. с венгер. М. Алекса ; под ред. М. В. Коркиной. – Budapest : Тип. Акад. наук Венгрии, 1988. – 340 с.

182. Испытываемый уровень стресса и тревоги у пациентов многопрофильного медицинского центра / А. Б. Холмогорова [и др.] // Неотлож. мед. помощь. Журн. им. Н.В. Склифосовского. – 2019. – Т. 8, № 4. – С. 384–390.

183. Чалдини, Р. Психология убеждения. Важные мелочи, гарантирующие успех / Р. Чалдини, С. Мартин, Н. Гольдштейн. – СПб. : Питер, 2020. – 288 с.

184. Чепмен, Г. Пять языков любви / Г. Чепмен. – СПб. : Библия для всех, 2020. – 192 с.

185. Четвериков, Д. В. Конфликты в медицинской среде: пациент-медицинский работник [Электронный ресурс] / Д. В. Четвериков. – Режим доступа: https://docplayer.ru/34829951-Konflikty-v-medicinskoy-srede-pacient-medicinskiy-rabotnik.html. – Дата доступа: 22.03.2021.

186. Чертков, Ю. Продвинутые речевые стратегии влияния и убеждения [Электронный ресурс] / Ю. Чертков // Академия успешного врача. – Режим доступа: https://docacademy.com.ua/med-ritorika/talk-inf/. – Дата доступа: 09.03.2021.

187. Чехов, А. П. Полное собрание сочинений и писем : в 30 т. : сочинения в 18 т. / А. П. Чехов ; АН СССР, Ин-т мировой лит-ры им. А. М. Горького. – М. : Наука, 1983- . – Т. 4. – 1984. – 544 с. ; Т. 6. – 1985. – 735 с.

188. Чехов, А. П. Полное собрание сочинений и писем : в 30 т. : сочинения в 18 т. / А. П. Чехов ; АН СССР, Ин-т мировой лит-ры им. А. М. Горького. – М. : Наука, 1983- . – Т. 13. – 1986. – 519 с.

189. Чехов, А. П. Полное собрание сочинений и писем : в 30 т. : сочинения в 18 т. / А. П. Чехов ; АН СССР, Ин-т мировой лит-ры им. А. М. Горького. – М. : Наука, 1983- . – Т. 8. – 1986. – 527 с.

190. Шабанова, А. С. Модели терапевтического взаимодействия врача и пациента / А. С. Шабанова, Л. В. Боговин, В. П. Колосов // Бюл. физиологии и патологии дыхания. – 2016. – Вып. 60. – С. 105–110.

191. Шамликашвили, Ц. А. Когда спор идет о жизни и здоровье / Ц. А. Шамликашвили // Медиация и право. Посредничество и примирение. – 2010. – № 2. – С. 23–26.
192. Баракат, Н. В. Манипулирование и защита. Модели взаимодействия как фактор эффективности медицинской интеракции / Н. В. Баракат // Альм. соврем. науки и образования. – 2013. – № 6. – С. 19–21.
193. Шейнов, В. П. Конфликты в нашей жизни и их разрешение / В. П. Шейнов. – Минск : Амалфея, 1997. – 241 с.
194. Шубин, Б. М. Доктор А. П. Чехов / Б. М. Шубин. – М. : Знание, 1977. – 128 с.
195. Эффективная коммуникация [Электронный ресурс] : учеб. программа по вопросам коммуникации для персонала ВОЗ // Всемирная организация здравоохранения. – 2016. – Режим доступа: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249241/9789246509461-rus.pdf?. – Дата доступа: 28.11.2021.
196. Юрганов, А. А. Основы профессиональной коммуникации : учеб.-метод. материалы для самостоят. работы студентов 1 курса лечеб. фак. / А. А. Юрганов, Е. С. Киселева. – Краснодар, 2016. – 43 с.
197. Ющук, Н. Д. Непрерывное обучение врачей – требование современной практики здравоохранения / Н. Д. Ющук, Ю. В. Мартынов // Мед. образование и проф. развитие. – 2013. – № 1. – С. 16–25.
198. Яковлева, Н. В. Конфликтный потенциал профессиональной медицинской деятельности: организационный и личностный аспекты [Электронный ресурс] / Н. В. Яковлева // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие : сетевой науч. журн. – 2019. – Т. 7, № 4. – Режим доступа: https://cyberleninka.ru/article/n/konfliktnyy-potentsial-professionalnoy-meditsinskoy-deyatelnosti-organizatsionnyy-i-lichnostnyy-aspekty. – Дата доступа: 28.11.2021.
199. Argyle, M. The psychology of interpersonal behavior / M. Argyle. – Harmondsworth : Penguin Books, 1985. – 336 p.
200. Reader in Public Opinion and Communication / ed. by B. Berelson, M. Janowitz. – Glencoe : Free Press, 1953. – 611 p.
201. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century / Institute of Medicine. – Washington : National Academies Pr., 2001. – 337 p.
202. Franzini, L. R. Humor in therapy: the case for training therapists in its uses and risks / L. R. Franzini // J. of Gen. Psychol. – 2001. – Vol. 128, № 2. – P. 170–193.
203. Fleming, V. Стратегические направления развития сестринского дела и акушерства в Европе / V. Fleming // Совещание главных медицинских сестер, Варшава, 7–8 окт. 2011 / ВОЗ. Европ. регион. бюро.
204. Event reporting to a primary carepatient safety reporting system: a report from the ASIPS collaborative / D. H. Fernald [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2004. – Vol. 2, № 4. – P. 327–332.
205. Hardy, C. Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice / C. Hardy // Med. Health Care and Philos. – 2019. – Vol. 22, № 4. – P. 499–513.
206. Takemura, Y. Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice / Y. Takemura, R. Atsumi, T. Tsuda // Tohoku J. Exp. Med. – 2007. – Vol. 213, № 2. – P. 121–127.
207. Traunmüller, K. H. M. Auf die Spuren von Hippokrates – das Arztbild in den Werken von A. P. Čechov und V. V. Veresaev = По следам Гиппократа – образ героя-врача в произведениях А. П. Чехова и В. В. Вересаева / K. H. M. Traunmüller. – Wien : Universität Wien, 2010. – 251 s.

208. Kerzner, H. Project management: a system approach to planning, scheduling and controlling / H. Kerzner. – New York : John Wiley and Sons, Jnc., 1998. -- 1180 p.
209. Messner, H. Der Schmale Grat: Als Arzt und Abenteurer zwischen Leben und Tod / H. Messner, L. Koppelsta□tter, A. Lieke. – Mu□nchen : Ludwig Buchverlag, 2020. – 225 p.
210. Parvaiz A Koul. Effective communication, the heart of the art of medicine / Parvaiz A Koul // Lung India. – 2017. – Vol. 34, № 1. – P. 95–96.
211. Ranjan, P. How can Doctors Improve their Communication Skills? / P. Ranjan, A. Kumari, A. Chakrawarty // J. Clin. Diagn. Res. – 2015. – Vol. 9, № 3. – P. JE01–JE04.
212. Ray, A. Withering trust: Redefining the doctor patient relationship / A. Ray, V. Pathak-Ray // Indian J. of Ophthalmol. – 2018. – Vol. 66, № 11. – P. 1529–1530.
213. Rogers, C. Some Elements of Effective Interpersonal Communication : Mimeographed paper from speech given at California Institute of Technology, Pasadena, CA, Nov. 9, 1964. / C. Rogers.
214. Coffey, R. E. Behavior in organizations: a multidimensional view / R. E. Coffey, A. G. Atnos, P. A. Raynolds. – Englewood Cliffs ; London : Prentice-Hall, 1975. – 592 p.
215. Warnecke, E. The art of communication / E. Warnecke // Aust. Fam. Physician. – 2014. – Vol. 43, № 3. – P. 156–158.

Электронные ресурсы

1. Больничная клоунада [Электронный ресурс] // Википедия. – Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Больничная_клоунада. – Дата доступа: 28.11.2021.
2. Специалисты по смехотерапии в Минске [Электронный ресурс] // Профи. – Режим доступа: https://profi-bel.by/repetitor/smehoterapiya/. – Дата доступа: 28.11.2021.
3. Виртуальная мастерская «Вокруг медицины», 2–3 июня 2020 г. [Электронный ресурс] // АКСОН. – Режим доступа: akson.science/project-list/virtualnaja-masterskaja-vokrug-mediciny/. – Дата доступа: 28.11.2021.

Учебное издание

Матвейчик Татьяна Владимировна
Гатальская Галина Викторовна

МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА И ПАЦИЕНТ: ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 30.12.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».
Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».
Печ. л. 9,56. Уч.- изд. л. 7,29. Тираж 120 экз. Заказ 26.
Издатель и полиграфическое исполнение –
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя, распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.
220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.

ISBN-978-985-584-678-0

