

ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА МЕДРАБОТНИКОВ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЯХ ОБЩЕНИЯ С ПАЦИЕНТАМИ

Милица Е.Е.

В данной статье поднимается проблема трудностей общения в системе врач-пациент. Наряду с этим рассматриваются социально-психологические особенности личности как детерминанты трудностей общения, в том числе влияние такого глобального личностного феномена как социальный интеллект.

Ключевые слова: трудности общения, взаимодействие врач – пациент, социальные способности, социальный интеллект.

Медицина длительное время ориентировалась на поиски объективных причин болезни и максимальное устранение субъекта из процесса лечения. Особенностью современной профессиональной подготовки медицинских работников является изучение естественно – научных дисциплин, логика которых в целом определяет объектное отношение к больному человеку и несмотря на традиционное этическое требование «лечить больного, а не болезнь», она практически стала организмо-центрической. Представления больного о своем заболевании, его чувства и переживания, хотя и признаются важными, однако рассматриваются медработниками как надстройка над соматическими, зависящими от объективных причин симптомами и болевыми ощущениями. Идеалом медицины является «благородная форма ветеринарии», когда больной должен не столько рассказывать, сколько показывать и желательнее, для полной ликвидации субъективизма, не врачу, а какому-нибудь сложному аппарату [9]. Зачастую представители медицинских специальностей не рассматривают общение с пациентом как один из приоритетных факторов терапевтического процесса.

Большинство как отечественных, так и зарубежных исследователей отмечают недостаточный уровень развития компетентности в сфере общения у медицинских работников, обусловленный существующей моделью здравоохранения, когда пациент рассматривается только как биологический организм, нуждающийся в медицинской помощи (О.М. Лесняк, А.А. Новик, Рейнольдс и Скотт, 2000, Уильямс, 2001). Так, в работе Круйдджером и др. проявление сочувствия или поддержки со стороны медицинского персонала отмечены только в 6 % бесед, тогда как разговоры с активным участием самих пациентов

(т.е. обращение к их мнению, обсуждение понимания ими некоторых вопросов и т.д.) составляли лишь 2 %. Большинство больных считают неудовлетворительными свои взаимоотношения с врачами. Зачастую врачи представляются им людьми, с которыми трудно общаться: они недружелюбны, не отвечают ожиданиям пациента и не способны создать доверительные отношения с ними (О.М. Лесняк).

В отечественной медицинской практике общение врача и пациента детерминирует сложившаяся социальная ситуация, которая характеризуется следующими особенностями: социальные ожидания эффективности профессии превышают возможности самой профессии, врач осуществляет гуманистическую деятельность на фоне общей дегуманизации, существование фантома профессиональной ответственности (профессионал берет на себя ответственность, которая расширяет границы его социального влияния) (Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич). Несмотря на очевидную простоту и логичность инструментального подхода к пациенту, в практической медицине он ведет к возникновению недоверия, росту альтернативных, парамедицинских течений, медицинскому оккультизму, отчуждению больного и врача, дегуманизации их отношений [9].

Однако, в настоящее время получает свое развитие тенденция гуманизации и гуманитаризации медицинского образования (А.А. Зайченко, Г.Л. Микиртичан), которая выдвигает новые задачи, адекватные содержанию медицинской профессии в целом: рассмотрение процесса взаимодействия врача с пациентом как основополагающего терапевтического фактора, в котором личностные особенности врача как субъекта общения выступают неотъемлемой составляющей его профессиональной компетентности. Особенности современной меди-

цинской практики являются, во-первых, переход от патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента к модели сотрудничества в контексте направленности на биопсихосоциальную модель оказания медицинской помощи и смене нозоцентрического мировоззрения врача (в центре внимания врача болезнь, а не больной) на антропоцентрическое. Во-вторых, в условиях реформирования современного здравоохранения общение врача и пациента на рынке медицинских услуг приобретает новую значимость: страховая медицина предоставляет пациенту возможность выбора медицинского специалиста по принципу личностных предпочтений, которые, как правило, обусловлены особенностями взаимодействия с врачом. Эффективное общение в диаде врач-пациент способствует взаимному согласованию терапевтического процесса, повышая приверженность больных назначенному лечению (соблюдению режима, приему лекарств и выполнению процедур), от которых в итоге зависят положительный эмоциональный фон и удовлетворенность пациента. В-третьих, увеличивается количество пациентов, желающих участвовать в процессе принятия решений, касающихся их жизни и здоровья, в частности, в выборе тактики лечения. Подобная тенденция является следствием возрастающего образования и внимания к своему здоровью среди населения. Данные изменения выступают стимулом преобразования сущности взаимодействия врача и пациента и выдвигают высокие требования к уровню профессиональной подготовки медработника, в соответствии с которыми компетентность в сфере общения становится основополагающей характеристикой профессионализма врача.

Общение медработников в профессиональной деятельности включает в себя решение целого ряда задач в социально-перцептивной, коммуникативной и интерактивной сферах. В связи с этим актуализируется проблема детерминации особенностей общения медработника его социально-психологическими характеристиками как субъекта общения. Анализ работ, посвященных изучению личностных особенностей медработника, затрудняющих его эффективное функционирование в системе профессионального общения (А.И. Кипиани, Л.А. Цветкова, А.А. Чазова), позволяет констатировать, что, несмотря на декларируемую важность данного вопроса, проблема трудностей взаимодействия врача и пациента остается малоизученной как в отечественной, так и в зарубежной психологии.

Проблема затруднений или «барьеров» общения, в качестве объекта специального исследования была намечена в середине прошлого века (Е.С. Кузьмин, Б.Д. Парыгин, В.Ф. Ломов, А.А. Коломенский, А.А. Климов и др.). В настоящее время ряд авторов

разрабатывают проблему трудностей общения как различного рода нарушений, следствием которых является полное или частичное недостижение целей и неудовлетворение потребностей и мотивов общения, сопровождающееся неудовлетворенностью субъекта процессом общения и своей ролью в нем (В.А. Лабунская, Т.А. Куницина, Е.В. Цуканова и др.). При этом разные авторы придерживаются различных теоретических позиций, как в понимании изучаемых феноменов, так и в изучении ракурса причин затрудненного общения. В.А. Лабунская, рассматривая структурные компоненты общения с точки зрения их «вклада» в возникновение затрудненного общения, выделяет пять групп факторов психологических трудностей общения: экспрессивно-речевые особенности, социально-перцептивные, отношение-обращение, навыки взаимодействия и условия общения.

В рамках психологии затрудненного общения исследователи обращаются к изучению трудностей общения в прикладных областях социальной психологии. Накоплен богатый и разнообразный эмпирический материал, в котором отражены особенности затрудненного общения в различных сферах педагогического и управленческого взаимодействия (Н.И. Алешкин, Р.М. Асадуллин, М. Е. Колесникова). Трудности общения осознаются в различной степени участниками взаимодействия и рассматриваются ими как результат взаимодействия различных факторов: индивидуальных особенностей личности общающихся, структуры их мотивационно-потребностной сферы, возрастных и статусных характеристик, культурных и когнитивных различий, а также особенностей ситуации общения (В.А. Лабунская).

Большое внимание исследователи уделяют роли личностных образований в возникновении феноменов затрудненного-незатрудненного общения. В исследованиях И.П. Шкуратовой, В.Н. Куницинной, А.Л. Южаниновой, Е.В. Цукановой особенности эмоциональной, мотивационной, когнитивной сферы психической деятельности человека выступают определяющими факторами, как возникновения, так и результатов затрудненного общения. По мнению А.А. Бодалева, социально-перцептивные особенности субъектов выступают одной из основных причин возникновения трудностей взаимодействия. В отдельную группу исследований выделяются работы, в которых влияние личностных образований на возникновение затрудненного общения анализируется с точки зрения гендерного подхода (Е.Н. Дежурова, О.А. Тырнов). Проведя анализ многочисленных работ по данной проблематике, В.А. Лабунская отмечает, что большинство авторов называют низкий уровень развития коммуникативных навыков, отсутствие мотивации и желания общаться, преобладание негативно окрашенных

эмоциональных состояний, наличие внутриличностных конфликтов в качестве детерминант возникновения затрудненного общения.

Трудности в межличностном общении можно проследить, рассматривая результаты различных процессуальных аспектов общения (представления, образы, формы взаимодействия). В исследованиях Ю.А. Менджерицкой, В.Н. Кунициной выявлено влияние определенных качеств личности, ее отношений на формирование образа другого человека; обусловленность представлений о другом как трудном партнере общения соотношением локуса контроля и центрации-децентрации (Е.Д. Бреус).

Анализ эмпирических исследований в русле изучения проблемы трудностей общения медработников позволяет сделать вывод, что большинство работ выявляют представления больных о личностных и деловых качествах врача, их представления об «идеальном враче», особенности восприятия и оценки пациентами невербального поведения врача (Е.В. Кузнецова, В.А. Ташлыков). В настоящее время общепризнан тот факт, что внешние проявления сочувствующего, заботливого отношения со стороны профессионалов в здравоохранении положительно влияют на улучшение здоровья пациентов, позволяя уменьшить тревожность больного человека и справиться со страданиями, которые ему приходится претерпевать в ходе пребывания в больнице (Арнольд и Боггс, 1999; Кэрис-Ферхаллен и др., 1999).

В то же время представления врачей о пациенте как субъекте общения, о трудностях общения с пациентами остаются за рамками внимания исследователей. Возможно, это обусловлено требованиями профессиональной медицинской этики и деонтологии, согласно которым императивом поведения врача являются обязательная забота, помощь и поддержка больных, независимо от их личностных и статусных характеристик.

Известно, что процесс и результат любого взаимодействия опосредован взаимными представлениями участников друг о друге. Общение с пациентом строится на сформированном у врача образе больного, что, в свою очередь, побуждает его соответствовать ожидаемому от него способу реагирования. Е.П. Кораблина, изучая представления врачей о трудном пациенте, выявила следующие характеристики, присущие пациенту как трудному партнеру общения: грубый, многословный, нудный, агрессивный, указывающий врачу. Представления врачей о себе как о профессионале включают следующие характеристики: активный, ответственный, достигающий результатов, а также некорректный и отвергающий общение как дополнительный способ лечения пациентов. Автор приходит к выводу о том, что врачи признают значимость и важность доверия,

эмпатии, открытости, доброжелательности, искренности, но одновременно с этим оставляют за собой возможность быть бестактными, неискренними, равнодушными.

В рамках изучения социально-психологических особенностей личности как детерминант трудностей общения, рассматриваются социальные способности, среди которых выделяют социальный интеллект (СИ). К данному феномену, также как и к явлению затрудненного общения в отечественной психологии последние десятилетия наблюдается повышенный интерес. Социальный интеллект изучается в нескольких направлениях: как понимание человека человеком (А.А. Бодалев), как социальное мышление (К.А. Абульханова-Славская), в аспекте различных социально-психологических свойств личности и социальных способностей: коммуникативной компетентности, социальной компетентности, социальной проницательности и др. (В.А. Лабунская, Ю.Н. Емельянов, Е.В. Коблянская, В.Н. Куница, А.Л. Южанинова и др.), а также как социальная способность, определяющая успешность профессиональной деятельности (Н.А. Аминов, М.И. Бобнева, Е.И. Ишутина, А.А. Кидрон, М.В. Молоканов и др.).

На сегодняшний день в психологической науке сформировался ряд подходов к пониманию социального интеллекта:

- концепция СИ как способности к пониманию других людей Е.С. Алешина, В.Д. Дружинин, Д.В. Ушаков, А.Л. Южанинова;
- концепция социального интеллекта как механизма социализации М.И. Бобнева, Е.И. Ишутина;
- образовательный подход, в рамках которого СИ рассматривается как развивающаяся способность к пониманию социальной реальности Г.П. Геранюшкина, С.С. Белова, Ю.П. Емельянов, Н.А. Лужбина;
- подход к изучению возрастных аспектов социального интеллекта Я.И. Михайлова, О.Б. Чеснокова.

Большинство авторов рассматривают СИ как интегральную интеллектуальную способность, определяющую успешность общения и социальной адаптации. Мы в своей работе опираемся на концепцию Дж. Гилфорда, согласно которой социальный интеллект представляет систему интеллектуальных способностей независимую от фактора общего интеллекта и обеспечивает понимание поступков, действий других людей, понимание речевой продукции человека, а также его невербальных реакций (мимики, поз, жестов).

Эмпирическое изучение СИ проводится в рамках рассмотрения данного понятия как профессионально важного качества в профессиях типа «человек – человек»: как фактор успешности деятельности психолога

(А.В. Берклунд, И.Ф. Баширов), учителя специальной школы (Н.М. Назарова, А.Д. Гонеев).

Многие авторы обращаются к проблеме соотношения СИ с личностными особенностями субъектов общения. Например, в исследованиях Н.М. Назаровой, А.Д. Гонеева направленность на познание других связана со способностью к децентрации, с эмпатией, социально-перцептивными особенностями; выявлена взаимосвязь уровня социального интеллекта с показателями тревожности (Е.И. Ишутина).

Проблема взаимосвязи уровня выраженности СИ и трудностей общения на сегодняшний день является малоисследованной. Кроме того, нерешенной остается проблема соотношения представлений медработников о трудностях общения с пациентом и социально-психологических факторов, детерминирующих это соотношение, в частности, социального интеллекта.

В связи с вышесказанным целью данной работы является изучение влияния уровня выраженности социального интеллекта медработников на представления о социально-психологических трудностях общения с пациентами.

Для проведения эмпирического исследования использовалась методика диагностики социального интеллекта Дж. Гилфорда и О. Салливена и опросник «Социально-психологические характеристики субъекта общения» В.А. Лабунской. В исследовании приняли участие врачи г. Ростова-на-Дону – 46 человек в возрасте от 30 до 50 лет и студенты IV курса РГМУ – 60 человек.

Результаты, полученные после анализа уровня развития социального интеллекта врачей и студентов-медиков, позволили разделить всех респондентов на две группы по уровню развития социального интеллекта: группу врачей и студентов со средним уровнем развития СИ и группу врачей и студентов с уровнем выраженности социального интеллекта ниже среднего. Проведенный с помощью Т-критерия Стьюдента анализ выявил достоверные различия между данными группами. Врачей и студентов со средним уровнем развития СИ в большей степени затрудняет пациент, навязывающий в общении с врачом свою точку зрения. Для врачей и студентов с низким уровнем развития СИ в большей степени являются затрудняющими такие особенности общения пациентов

как вялая невыразительная жестикуляция, неумение выразить отношение с помощью жестов, мимики, интонаций, а также присутствие посторонних лиц.

По-нашему мнению, ответственность врача состоит в развитии своих личностных особенностей и способностей как субъекта общения, с целью минимизации возможных негативных последствий ошибочности или предвзятости восприятия больного в процессе профессионального общения. Процесс двухстороннего общения между медицинским работником и пациентом способствует развитию отношений партнерства и поддержки в терапевтическом процессе, являясь для многих пациентов важным этапом в понимании своей болезни и выработке путей ее преодоления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Г.С., Юдич Ю.А. Психология в медицине: Учеб. пособие. – М., 1998.
2. Бернард Лаун Утерянное искусство врачевания. – М., 1998.
3. Круйджвер И.П.М., Керкстра А., Бенсинг Дж.М., Ван Иде Уиль, Х.Б.М. // Журнал по прогрессивным методикам в сестринском деле. – 2001. – Т. 34. – № 6. – С. 772–779.
4. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение. – СПб., 2001.
5. Лесняк О.М. О роли пациента в современном диагностическом лечебном процессе // Вестник ОКБ. – 2000. – Вып. 2. – № 1.
6. Новик А.А. Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред Ю.Л. Шевченко. – М.: ЗАО: ОЛМА медиа групп, 2007.
7. Психология затрудненного общения / Лабунская В.А., Менджерицкая Ю.А., Бреус Е.Д. – М., 2001.
8. Рейнольдс У.Дж., Скотт Б. // Журнал по прогрессивным методикам в сестринском деле. – 2000. – Т. 31. – № 1. – С. 226–234.
9. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.: Смысл, 2002.
10. Уильямс А. // Журнал по прогрессивным методикам в сестринском деле. – 2000. – Т. 33. – № 5. – С. 660–667.