

ствием симулированного пациента, анализ видео консультаций. В странах Европы студенты-медики начинают изучать навыки общения с *clinical year*, каждый год они проходят цикл по коммуникативным навыкам: слушают лекции, участвуют в ролевых учебных играх. В США и Израиле студентам читают лекции с первого курса, а с четвертого у них начинается практический курс. Причем лекции посвящены не только основам, базовым навыкам общения с пациентом: слушанию, эмпатии, структурированию, дозированию информации и т.д. Студентам, так же рассказывают особенности общения с разными группами пациентов: подростки с хроническими заболеваниями, пациенты с деменцией, онкобольные и т.д. Весь мир говорит о проблеме общения с пациентом, налаживании и установлении связей, принятии совместного с пациентом решения. Ведутся многочисленные исследования в данной области, и публикуются их результаты в журналах с высоким импакт-фактором.

К сожалению, в нашей стране проводятся лишь единичные попытки проведения подобных тренингов, которые не могут изменить сложившуюся ситуацию и поменять мнение пациентов о российском враче. Многие наши коллеги оправдывают свое поведение большим количеством пациентов и коротким временем на консультацию, но например, в Англии *general physician* дается также 10 мин на приём пациента. Эффективная практика общения помогает врачу уложиться в это время, не оставив без внимания проблемы пациента. Считаем целесообразно перенимать опыт зарубежных коллег, адаптируя его под наши реалии. Важными шагами в этом направлении является дополнительный обучающий курс по навыкам общения, реализуемый тьюторами нашего центра, а также включение в содержание аккредитационного экзамена первичной аккредитации ситуации, требующие навыков общения медицинского работника с пациентом.

ЭМПАТИЯ КАК БАЗОВЫЙ КОММУНИКАТИВНЫЙ НАВЫК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Кропанева Е.М.

Город: Екатеринбург

Учреждение: ФГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Человек живёт и работает в социуме. Ему предъявляются достаточно серьёзные требования с позиции профессиональных требований, особенно к человеку, деятельность которого связана с качеством жизни людей. Область здравоохранения особая область, где коммуникации играют важную роль и необходимы для выполнения профессиональных навыков, основанных на доброжелательном отношении к пациенту. На современном этапе данный психологический аспект часто игнорируется в медицинской практике. В тоже время «интеграция профессиональных знаний и корректное построение отношений в диаде «врач – пациент» может способствовать выздоровлению человека» [1]. Эти отношения предполагают наличие определённого настроя на пациента, установки на общение с ним. Соответствующее отношение медицинского работника к пациенту предполагает создание атмосферы благожелательности, сострадания, наибольшей отдачи знаний, умений и навыков, основанной на профессионализме и непрерывном самосовершенствовании. Терапевтический эффект зависит от того, в какой мере пациент чувствует себя объектом заботы, участия и понимания, т.е. эмпатической связи с медицинским работником.

Особо выделяется эмпатия как отдельный и базовый коммуникативный навык врача. Одним из существенных предназначений человека в жизни – это быть благополучным и разрешить самому себе быть счастливым, что невозможно без сострадания. Однако в нашей культуре неоднозначно понимают эмпатию, путая её с жалостью

и сочувствием. Слово «эмпатия» происходит от греческого «*empathēia*», что переводится как «сопереживание». В научной литературе «эмпатия» рассматривается как «способность человека переживать эмоциональные чувства, сходные с чувствами собеседника» [2], без ущерба для собственной психики.

Термин «эмпатия» впервые появился в английском словаре в 1912 г. и был близок понятию «симпатия». Возник он на основе немецкого слова *einfühlung* (дословное значение – проникновение), примененного Т. Липпсом (*Lipps T.*) в 1885 г. в связи с психологической теорией воздействия искусства. Одно из самых ранних определений эмпатии представлено в работе З. Фрейда «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905): «Мы учитываем психическое состояние пациента, ставим себя в это состояние и стараемся понять его, сравнивая его со своим собственным» [3].

Существует обширный диапазон видов эмпатии. С одной стороны это позиция полного погружения в мир чувств пациента, т.е. не просто знание эмоционального состояния человека, а именно переживание его чувств, сопереживание. Такую эмпатию называют аффективной, или эмоциональной. С другой стороны, есть более «отвлечённое» понимание переживаний пациента без значительного эмоционального вовлечения в них. В связи с этим различают следующие уровни эмпатии: сопереживание (когда человек испытывает эмоции, полностью идентичные наблюдаемым), сострадание (эмоциональный отклик, побуждение оказать помощь другому), симпатия (тёплое, доброжелательное отношение к другим людям).

Жалость и сочувствие же – одна из форм чувства дискомфорта, часто приобретающая вид снисходительного сострадания, т.е. сочувствия. «Большой, Вам плохо, очень плохо, вот Вам таблетка». Это разговор не равных людей. Жалеющий не предполагает усилий другого в поиске выхода и таким образом обесценивает его самость. Попытки выстроить гармоничные отношения на основе жалости всегда обречены на провал.

Эмпатия – это не жалость; эмпатия – это сострадание как участие в страдании. Оно предполагает отношения двух взрослых равных людей. «Я понимаю твои трудности, вижу твою боль и то, что ты ищешь выход из ситуации». Человек попал в трудную ситуацию, каждый может быть на его месте. Медик готов ему помочь, предоставить свой ресурс (компетентности, времени, готовности к коммуникации). Эмпатия построена на уважении к судьбе человека, а жалость – на унижении, точнее сказать, принижении другого. Жалея других, люди ставят себя выше, чувствуя своё превосходство. Жалость же выступает основой, на которой строится самооценка. Сочувствие помогает человеку самоутвердиться. «Я ему нужен, значит, я значим. Я – хороший врач». Сложнее проявлять эмпатию. Сочувствие лишь фиксирует неравенство. Согласившийся принять жалость не способен искать выход из ситуации, в которой оказался. Это ещё называется «выученной беспомощностью».

Однако надо обратить внимание на то, что границы эмпатии надо чувствовать, т.к. готовность к самопожертвованию, но при этом беспомощность в проявлении заботы о себе, может привести к выгоранию врача. Важно осознавать свои личностные границы, желания и потребности.

Жизненный опыт индивида может только усилить или ослабить эмпатию. Она зависит от доступности и богатства жизненного опыта, точности восприятия, умения настроиться, слушая собеседника, на одну эмоциональную волну с ним.

Различные тренинговые методы помогают повысить эмпатические способности (при условии их врождённого наличия), формируют умение более эффективно применять эмпатию в личном и профессиональном общении.

Возможны ложные применения эмпатии. Сюда относятся «эмпатическая слепота» (неосознаваемое неприятие тех чувств пациента, которых врач избегает в самом себе);

неконтролируемое и неуместное использование эмпатии, в крайних случаях принимающее патологические формы; манипулятивное применение эмпатии (когда она выступает в виде скрытого убеждения, уговаривания и внушения). Данный выбор может вызвать у пациента агрессию и неадекватное поведение. Поэтому осознанное управление эмпатическим поведением позволит врачу создавать более корректное построение отношений в диаде «врач – пациент».

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДИКИ «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В ПОДГОТОВКЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Губина О.В., Якимова Н.В.

Город: Ижевск

Учреждение: БУДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов здравоохранения Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

На сегодняшний день, как никогда, необходима качественная подготовка административных кадров, умеющих создать условия и психологическую атмосферу для оказания населению медицинской помощи. Вместе с тем в быстро меняющемся Российском здравоохранении проблема эффективности управления персоналом стоит наиболее остро. Выдвижение на руководящие должности, как правило, обусловлено высоким уровнем овладения практических навыков медицинского персонала и стажем работы. Многие медицинские сестры получили свою первую управленческую должность, благодаря своему профессиональному опыту в медицинской области, а не лидерским качествам или выраженным способностям к управленческой деятельности. Однако, по мере продвижения по служебной лестнице, более важными для эффективной деятельности становятся навыки и умения разработки, принятия и реализации управленческих решений, оценки эффективности деятельности подчиненных, подбора квалифицированных кадров, умения предвидеть, профилактировать и успешно разрешать конфликты.

Специфика управления в системе здравоохранения состоит, прежде всего, в том, что, воздействуя на подчиненных, руководитель воздействует на качество оказываемой медицинской помощи, а значит, на здоровье населения в целом.

Актуальность проблемы состоит в том, что существует несоответствие между имеющимся уровнем психологической и конфликтологической компетентности руководителей всех уровней медицинских организаций и современными требованиями к ним.

Для того чтобы выяснить насколько руководитель готов взять на себя ответственность в профилактике и разрешении конфликтных ситуаций нами была разработана анкета, которая выявляла причины и уровни их протекания.

Анкетирование проводилось на базе БУЗ УР «1 Республиканской клинической больницы МЗ УР».

В анкетировании приняли участие 53 руководителя сестринского персонала.

Респондентами конфликт воспринимается как нечто негативное, его определяют как «катастрофа», «стресс», «спор», «оскорбление, непонимание», «непредсказуемые последствия» и т. д. Таким образом, конфликт стереотипно воспринимается только с негативной стороны, в то время как представления о позитивной функции конфликта в системе отношений медицины места не находится.

Руководитель сестринского персонала достаточно часто сталкивается с конфликтами на рабочем месте: ежедневные конфликты отмечают 7%, еженедельные – 34%, один раз в месяц – 34%, другое – 25%.

При анализе уровней протекания конфликтов, вертикальному конфликту отводится 69% (медицинская сестра-врач – 20%; медицинская сестра-пациент – 15%; медицинская сестра-младший персонал – 16%; пациент-врач – 8%; пациент-младший медицинский персонал – 10%). Треть конфликтов (31%) приходится на горизонтальный уровень (медицинская сестра-медицинская сестра – 25%; пациент-пациент – 3%; младший персонал-младший персонал – 3%). Этот факт доказывает, что руководитель привлекается сотрудниками и пациентами для разрешения конфликтных ситуаций при их возникновении.

Основными причинами конфликтов считают: организационные моменты – 37% (большая нагрузка – 24%; недостатки в организации труда – 3%; низкая заработная плата – 10%); личностные факторы – 46% (несдержанность, эмоциональность – 36%; нарушение этических и деонтологических норм – 8%; низкий профессионализм – 2%); отсутствие знаний о конфликте и поведения в нем – 17% (отсутствие знаний о поведении в конфликте – 9%; нет навыка в разрешении конфликта – 2%; неумение договариваться – 6%). Личностные факторы, такие как эмоциональность и несдержанность, стоят на первом месте в ряду причин конфликтных ситуаций, что демонстрирует неумение управлять своим эмоциональным состоянием, соответственно возникает потребность в знаниях и умениях по вопросам саморегуляции.

На вопрос «Нуждается ли Вы в дополнительных знаниях по разрешению конфликтов» 76% респондентов ответили утвердительно, 28% ответили – нет.

По результатам анкет выяснилось, что 72% руководителей вынуждены самостоятельно разрешать возникающие конфликты и лишь 28% привлекают вышестоящее руководство.

Таким образом, на сегодня подготовка управленческих кадров среди медицинских работников среднего звена – проблемная зона системы медицинского образования. Анализ ситуации показывает, что всю систему среднего медицинского образования, включая постдипломное, следует привести в соответствие с современными требованиями.

В связи с этим, значительную составляющую часть программ подготовки руководителей среднего звена, безусловно, должны составлять психология общения, психология управления и конфликтология. Данный вид подготовки немалым без практических занятий и ситуационного моделирования, когда совершенствуются и закрепляются профессиональные навыки и умения.

Проанализировав полученные анкетные данные, мы изменили структуру и содержание дополнительных профессиональных программ повышения квалификации. В данный момент, в нашем Центре слушатели всех специальностей получают подготовку в сфере психологии профессионально-общения и конфликтологии.

Для руководителей в итоговой аттестации предусмотрен этап сдачи коммуникативного и управленческого навыка по методике «Стандартизированный пациент». Применение данной методики, безусловно, оправдывает себя, что подтверждается положительным результатом опроса слушателей и работодателей (87%). Появился неподдельный интерес к дополнительным занятиям по психологии общения и конфликтологии со стороны специалистов из практического здравоохранения.

На сегодняшний день обучение коммуникативному навыку доказало свою эффективность. Но отсутствие базовых знаний по психологии управления, недостаток наработанного опыта по организации обучения с применением методики «Стандартизированный пациент» способствует тому, что каждая образовательная организация вынуждена самостоятельно искать варианты решения данной проблемы.