

## КОММУНИКАЦИЯ В ПОДГОТОВКЕ ПРОФЕССИОНАЛОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Сурмач М. Ю., канд. мед. наук, г. Гродно*

*Рычкова Л. В., канд. филол. наук, доц., г. Гродно*

*Работа выполнена при поддержке БРФФИ (грант Б07М—160)*

Несмотря на стремительное возрастание технической оснащенности современного здравоохранения, роль общения медицинского работника с пациентом в лечебно-диагностическом процессе остается значительной. Успешная коммуникация способствует формированию доверия к врачу и создает предпосылки для успешной реализации услуги медицинского назначения («лечение словом»). К концу XIX в. относятся слова Г. А. Захарьина: «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». Профессионализм врача, таким образом, оценивается не только с точки зрения наличия у него специальных знаний и умения использовать современные технологии лечения, но и с точки зрения наличия у него определенных личностных качеств, таких, как чуткость, отзывчивость, искренность, доброжелательность, вежливость, т. е. в большей степени по деонтологическим аспектам.

Отечественная медицинская практика выработала две основные модели взаимоотношений в системе врач — больной: патерналистская (врач единолично решает вопросы лечебной тактики и определяет объем предоставляемой информации, тем самым ограничивая свободу личности пациента) и автономная (модель исходит из принципа автономии пациента, согласно которому вся врачебная деятельность строится на основе равноправного диалога и принципа информированного согласия).

Автономная модель взаимоотношений врач — пациент закреплена в законодательстве Республики Беларусь о здравоохранении. Тем не менее ее использование в практическом здравоохранении ограничивается двумя факторами. Первый фактор связан с состоянием и компетентностью пациентов, определяемых уровнем их общей культуры, медицинской грамотностью, психоэмоциональными особенностями, степенью информированности о собственном здоровье. Невозможно также применить автономную модель в ситуациях, представляющих непосредственную угрозу жизни больного и требующих экстренного медицинского вмешательства. Поэтому в практике здравоохранения выделяют третью, пограничную модель взаимоотношений врач — пациент — мо-

дель ослабленного патернализма. Эта модель допускает частичное ограничение свободы личности в тех случаях, когда автономия последней снижена. Например, при необходимости удержания пациента от нанесения себе или другим существенного ущерба (психические заболевания, наркоманические галлюцинации и др.), в педиатрической практике.

Второй фактор связан с различным толкованием профессионалами здравоохранения и потребителями услуг медицинского назначения сути коммуникационного процесса и принципа информированного согласия. Так, врачи преимущественно реализуют событийную модель информированного согласия, когда после оценки состояния пациента и его информирования врач ставит диагноз и составляет план обследования и лечения. Пациенты же настроены на процессуальную модель, основанную на том, что принятие медицинского решения — длительный процесс и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Кроме того, врачи считают, что предоставляют информацию в достаточном объеме, пациенты же, как правило, так не считают, и вынуждены прибегать к дополнительным источникам информации с целью последующего самолечения.

Коммуникативные неудачи во взаимоотношениях врач — пациент могли бы быть минимизированы, если бы подготовка профессионалов здравоохранения включала основы теории коммуникации. Сегодня знание основ эффективного коммуникационного процесса ограничивается для большинства выпускников отечественных медицинских вузов пределами деонтологического кодекса. Положительной тенденцией является включение вопросов теории коммуникации, конфликтологии, социального менеджмента, медицинской педагогики и психологии в учебные программы специалистов, выпускаемых небольшим факультетом медицинских сестер с высшим образованием Гродненского государственного медицинского университета. К сожалению, уникальное в отечественном здравоохранении интердисциплинарное медико-социально-гуманитарное знание, носителем которого являются специалисты с высшим сестринским образованием, столь нужное современному обществу, пока не востребовано в достаточной мере отечественным практическим здравоохранением.