1. Личность врача в коммуникативной деятельности.

Интерактивная сторона КД.

БГМУ кафедра педагогики и психологии

Профессор Амиров Артур Фердсович

Стороны общения

Коммуникативная	обмен информацией между людьми	информационная функция
Интерактивная	организация взаимодействия между людьми	*регулятивная функция*
Перцептивная	процесс восприятия друг друга	коммуникативная функция *взаимо-отношения*

Специфика врачебной деятельности - ***участие***

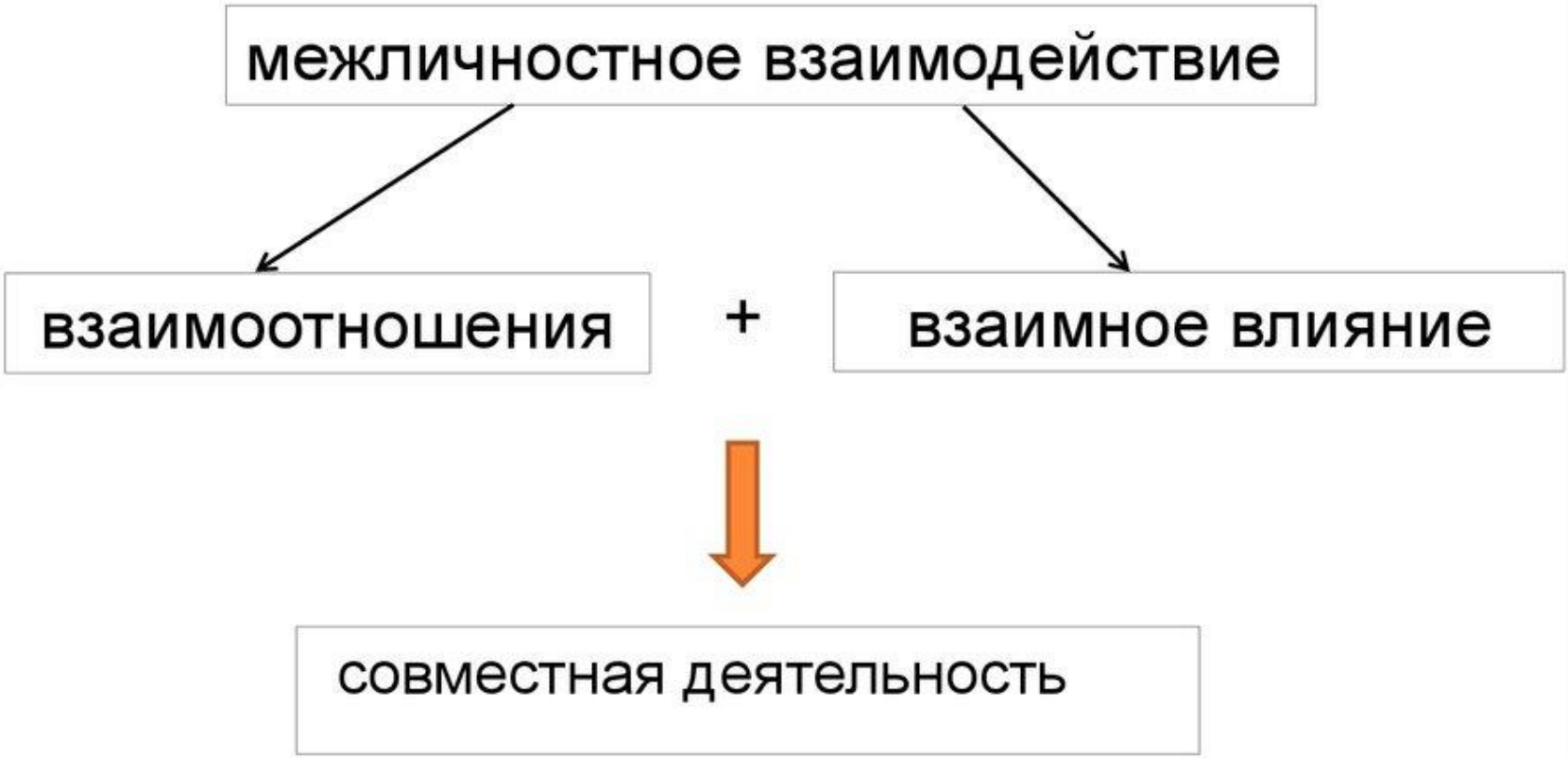
в различных формах и уровнях взаимодействия в медицинских организациях.

Интеракция – *обмен действиями*.

Направленность интерактивной стороны КД

Интерактивная сторона общения заключается в организации взаимодействия между людьми (обмен действиями, общение через вещи и продукты деятельности).

Интерактивная сторона общения



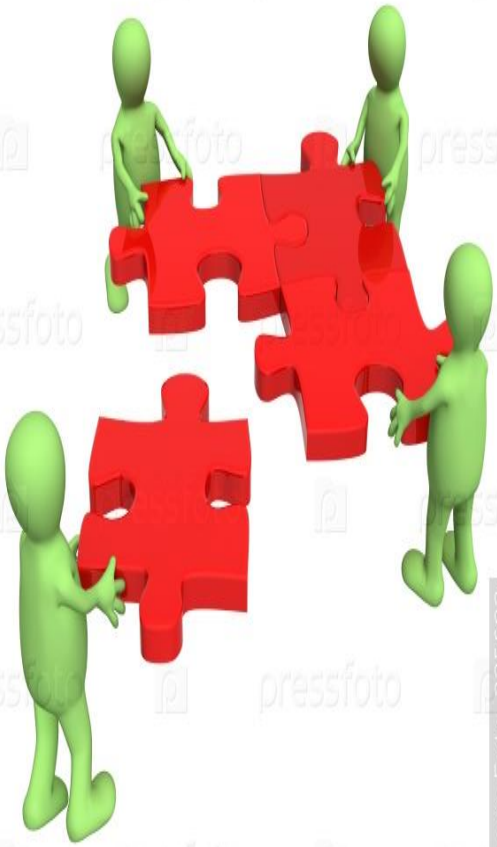
Интерактивная составляющая как взаимное влияние участников КД

Взаимодействие людей – это не только узкое общение:

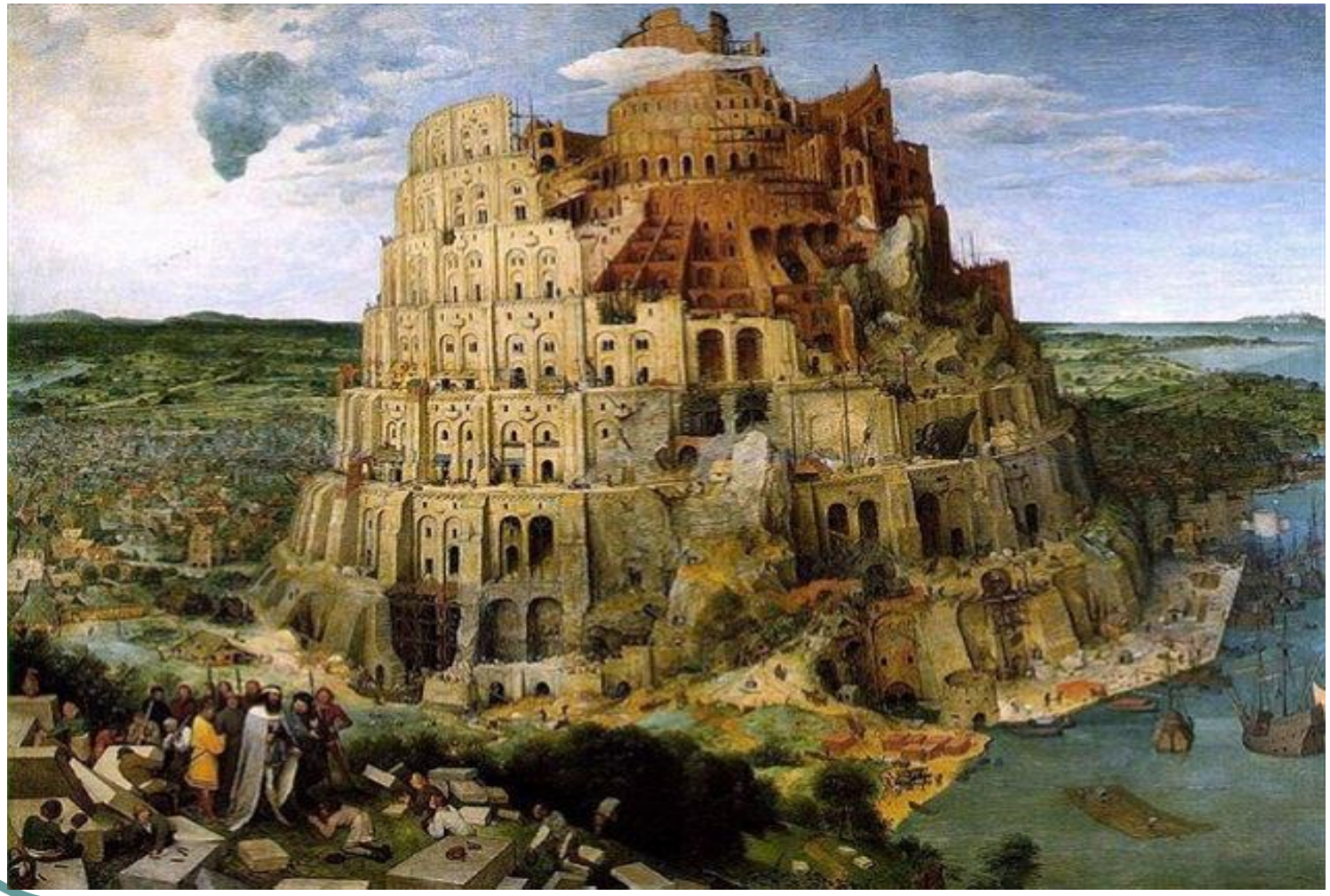
- *Это проявление их поступков, направленных на достижение какой-то общей цели. Это и действия, направленные друг на друга. Участвуя в любом общем деле, люди неизбежно оказывают влияние на эмоции и поведение своего партнера или партнеров.*
- В упрощенном виде это можно представить как цепочку их реакций на действия друг друга: поступки одного человека вызывают реакцию второго, а он в свою очередь тоже отвечает определенным образом и опять воздействует на поведение партнера своим поведением.

В таком процессе как правило проявляются все стороны общения: коммуникативная, интерактивная, перцептивная.

Пример «чистой интеракции»



Притча о Вавилонской башне



Структура взаимодействия

В структуру взаимодействия (интеракции) входят:

1)субъекты взаимодействия;

2)взаимная связь (информационная, тактильная, эмоциональная);

3)взаимное воздействие друг на друга, обмены;

4)взаимные изменения субъектов КД.

Взаимодействие в деятельности врача складывается из:

- физического контакта (диагностические и лечебные процедуры, прикосновения);
- совместного обмена действиями;
- совместного (группового) действия;
- вербального контакта;
- невербального контакта.

Типы взаимодействия:

- межличностные (другим человеком);
- личностно-групповые (в малой группе);
- личностно-массовые (в обществе);
- межгрупповые.

Межличностное взаимодействие

- ***Межличностное взаимодействие –*** *это* ***процесс как непосредственного так и опосредованного воздействия субъектов деятельности друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь.***

- В непосредственном взаимодействии реализуется отношение человека к другому человеку как к **субъекту, у которого есть свой собственный мир**. Эти отношения строятся на основе КД людей и в процессе **совместных контактов**.

Межличностное взаимодействие в медицине

регулируется нравственными канонами, а также организационно правовыми:

- предписаниями ВОЗ
- решениями Всемирной медицинской ассоциации
- декларациями ЮНЕСКО
- законами всех государств
- Нормативными актами Министерств здравоохранения в регионах

Хельсинская декларация

Declaration of Helsinki

- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (1964, 1975, 1983, 1989, 1996)
- Medical research is subject to ethical standards that promote respect for all human beings and protect their health and rights.
- Every patient – including those of a control group, if any – should be assured of the best proven diagnostic and therapeutic method.

Женевская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации

Женевская Декларация

принята 2-ой Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации, Женева, Швейцария, сентябрь 1948, дополнена 22-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Сидней, Австралия, август 1968, 35-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Венеция, Италия, октябрь 1983 и 46-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Стокгольм, Швеция, сентябрь 1994

Базовые принципы межличностного взаимодействия в системе «врач – больной»

- уважение личности пациента
- оказание пациенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях
- предоставление ему необходимой информации (о состоянии здоровья и предлагаемых медицинских мерах)
- возможность выбора из альтернативных вариантов
- самостоятельность пациента в принятии решений
- возможность осуществления контроля за ходом обследования и лечения (со стороны пациента)
- вовлеченность пациента в процесс оказания ему медицинской помощи («терапевтическое сотрудничество»)

Возможные стратегии поведения

при взаимодействии:

1) содействие, сотрудничество;

2) доминирование, противодействие;

3) компромисс;

4) уклонение;

5) соперничество.

Содействие, сотрудничество, кооперация

- Деятельность осуществляется с учетом интересов всех участников коммуникативного процесса.

Этот подход ведет к успеху как в делах, так и в личной жизни.

Доминирование

- Кто-то из основных участников коммуникативного процесса ориентируется исключительно на собственные цели и интересы

Компромисс

Стороны пытаются урегулировать разногласия, идя на взаимные уступки. *Этот стиль эффективен, когда все желают одного и того же.* Но проблема сохраняется.

Уклонение

- Стиль уклонения – реализуется обычно, при взаимной неприязни, если в общем деле не затрагиваются прямые интересы сторон или возникшая проблема не столь важна для них и у них нет нужды отстаивать свои интересы.

Стратегия "соперничество, конкуренция"

- открытая борьба за свои интересы, упорное отстаивание своей позиции. Эффективна, когда результат важен для обеих сторон, причем их интересы противоположны, или когда нужно принципиально решить проблему. Это стиль жесткий, в котором действует принцип "кто кого", и опасный, поскольку есть риск проиграть.

соперничество
B
сотрудничество
C
избегание,
уход
A
компромисс
E
D
приспособление-
принуждение,
силовое решение

Причиной установления той или иной стратегии взаимодействия является

стиль управления в коллективе:

О с н о в н ы е с т и л и у п р а в л е н и я

- Авторитарный
- Демократический
- Попустительский (либеральный)
- Комбинированный (динамичный)

Авторитарный

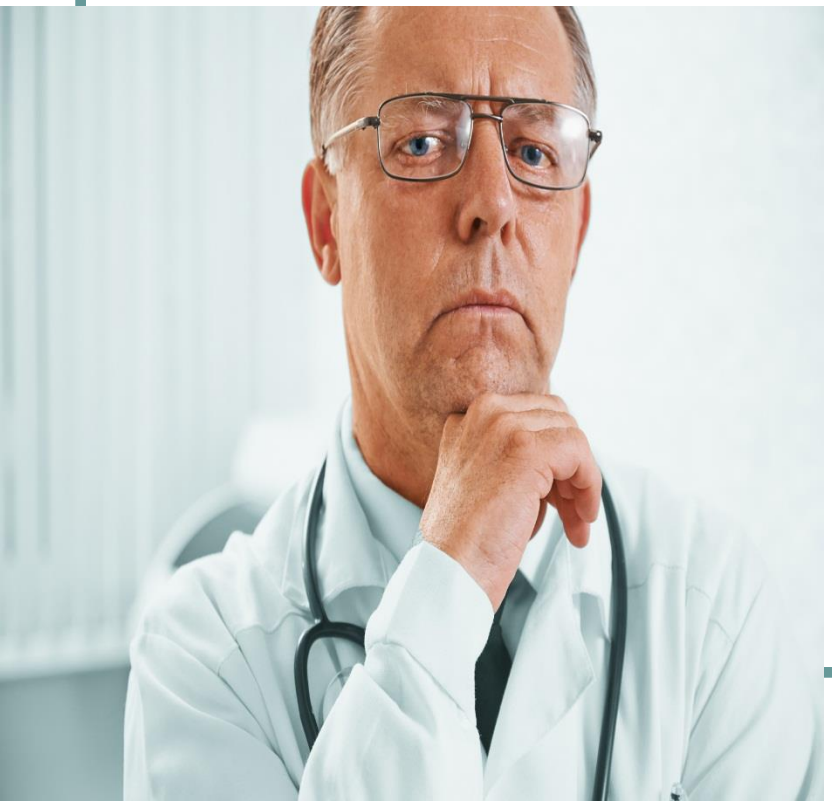
- Единоличное управление коллективом медицинских работников
- Предъявление жестких требований к сотрудникам и установление строгой трудовой дисциплины
- Систематический контроль за выполнением служебных обязанностей всем медицинским

Основные средства управления – наказание и поощрение

Авторитарный

Руководитель подчеркнуто требователен, направлен на эффективность конечного результата общей работы;

Считает, что всегда и во всем прав, а сотрудники в любых ситуациях должны беспрекословно подчиняться отдаваемым приказам и распоряжениям



Демократический

- внимание и учет руководителем мнения всех сотрудников;
- стремление понять их, убедить, а не приказывать;
- ведение диалогического общения на позициях равных.

Демократический

Главное в процессе коммуникативного взаимодействия - достижение согласия и установление сотрудничества между сотрудниками;

Руководитель выполняет роль посредника, осуществляет поиск согласия, считая что это важнее результата, достигнутого на основе давления и конфликтов

Попустительский (либеральный)

Осуществляется на основе использования тактики невмешательства: равнодушие и незаинтересованность проблемами коллектива и сотрудников

- **Наблюдается ограничение формальным выполнением обязанностей и и административной деятельности**

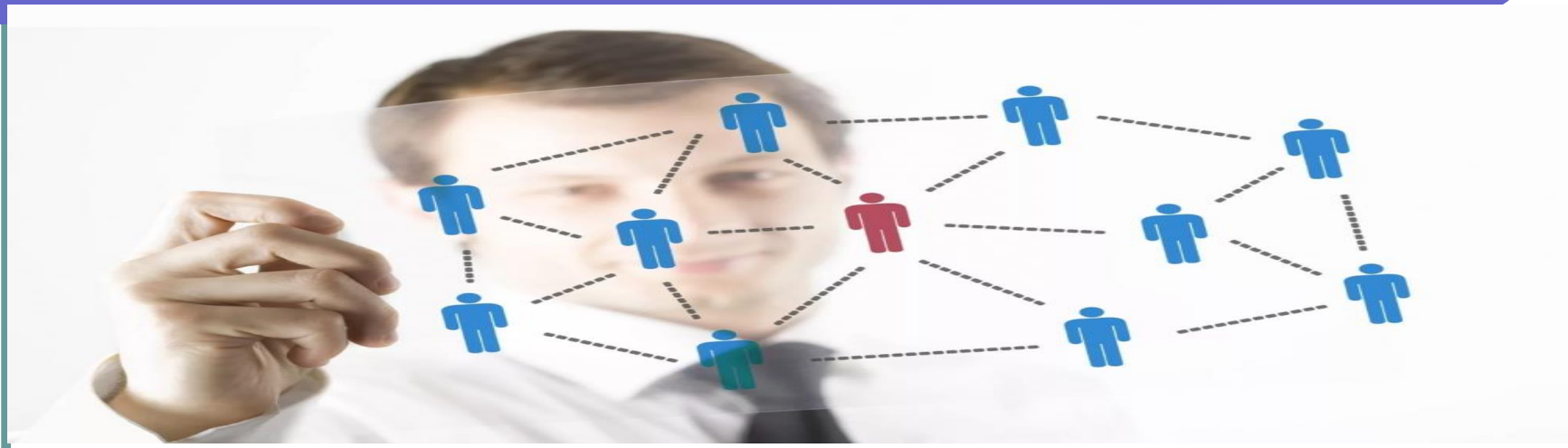
Ведет к дезорганизации и ситуативности системы взаимоотношений

Попустительский стиль - форма руководства, при которой лидер устраняется от активного управления группой. Он позволяет членам группы делать все, что им захочется, предоставляя им полную свободу

Комбинированный (динамичный)

- Смешанный стиль. Осуществляется руководителем в зависимости от складывающейся в организации ситуации: руководитель в некоторых случаях может быть жестким (авторитарным); в некоторых (чаще всего) - демократичным, а при отлаженной работе коллектива может использовать либеральный

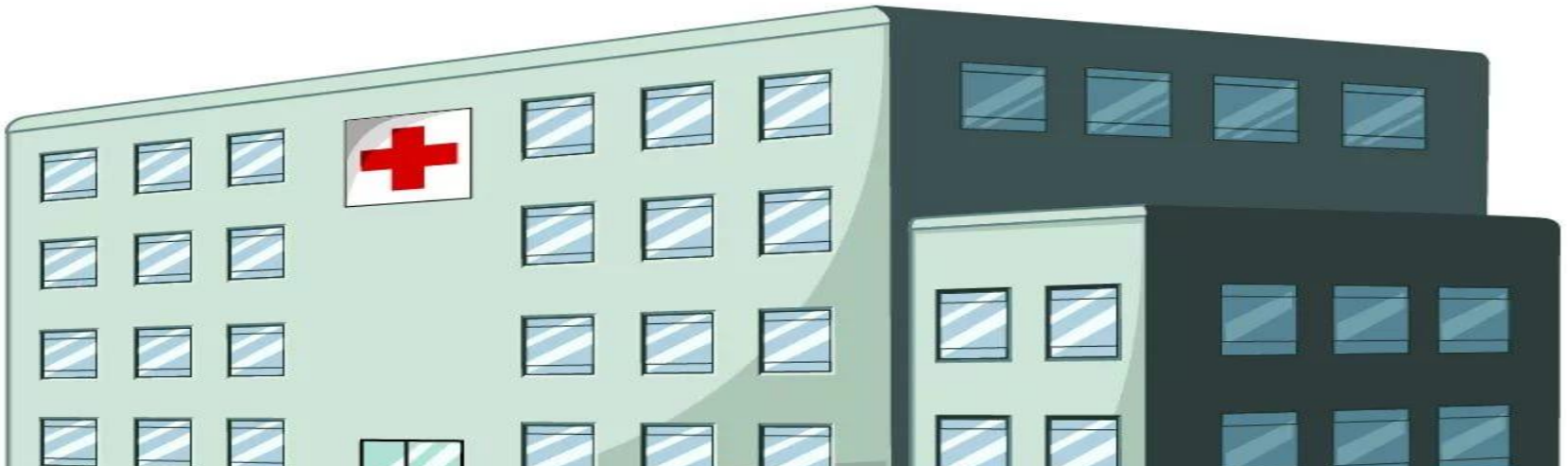
Комбинированный (динамичный)



- Лидер стремится управлять коллективом совместно с ближайшими подчиненными, давая им достаточную свободу действий, позволяя обсуждать свои решения, поддерживая проявляемую ими инициативу в самых различных формах.
- Однако, часто, в жестких условиях реальности «берет» управление в свои руки

Основные виды взаимодействия в медицинской организации

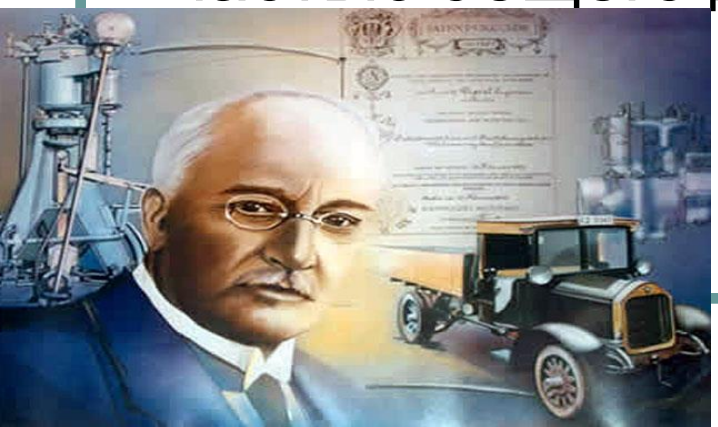
1) Совместно-индивидуальная
2) Совместно-последовательная
3) Совместно-взаимодействующая



Совместно-индивидуальная

- **Совместно-индивидуальная форма взаимодействия** характеризуется тем, что участники в начале работают индивидуально с учетом единого замысла, и лишь на завершающем этапе работа каждого становится

частью общего дела.



Совместно-последовательная

Совместно-последовательная форма взаимодействия предполагает работу по принципу конвейера, когда результат действий одного участника находится в тесной зависимости от результатов предыдущего и последующего участников.

Совместно-взаимодействующая

- **Совместно-взаимодействующая форма интеракции** представляет возможности вести совместную работу одновременно всем участникам, согласовывая их действий на каждом из этапов совместной деятельности.

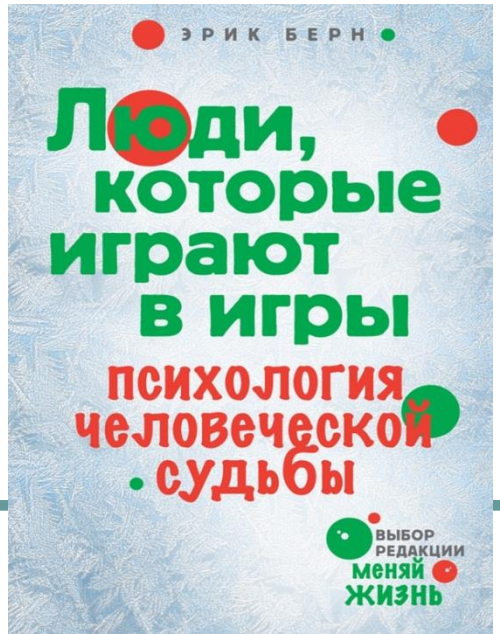
С позиции социальных ролей:

Любое взаимодействие осуществляется на основе социальных норм принятых в обществе (профессиональном сообществе) и регламентируемых взаимодействие между людьми. Человек занимает определенную социальную позицию в определенной ситуации.

Социальная роль – это образец ожиданий поведения от каждого окружающими.

С позиции психологических ролей:

У каждого человека в зависимости от ситуации процесса общения можно выделить 3 внутренние роли или 3 состояния личности – родитель, дитя, взрослый (Эрик Берн).



Родитель – транслирует нормы, оценки, суждения, правила, контролирует собственное поведение и поведение других, авторитарный тон (запрещает, разрешает, требует, заставляет).

Дитя – непосредственное выражение эмоций, желаний, стремление к зависимости, защите, помощи (оправдывается, просит).

Состояние взрослого – это взвешанность, расчет действий, рациональность, проигрывание ситуаций исходя из конкретных проблем.

Позиции врача

- Врач Родитель: «Надо», «обязательно», «не обсуждается!»

© Can Stock Photo

Врач Взрослый: «Это целесообразно», «Я Вам рекомендую»

- Врач Ребенок: «Я устал от больных, дайте мне покоя», «Пощадите мои нервы».

Пример «выбора» позиции в КД

В ординаторской врач спрашивает у коллеги: «Вы не брали красную папку с историями болезни с моего стола?» (ход Взрослого, интересующегося информацией).

Коллега мог бы ограничиться кратким ответом: «Нет, не видел» или более полным: «Нет, не видел. Давайте я помогу Вам ее найти (ход Взрослого).

Но у того не все хорошо дома и он грубо отвечает: «Вы вечно ее теряете. Возьмите там, где оставили» или «Почему Вы всегда все откладываете на последний момент, а потом придираетесь к нам?»(ответ последовал от Родителя). Такой ответ может способствовать развитию конфликтной ситуации.

Если спросивший, чтобы избежать конфликта, сошлется на свою рассеянность, он перходит на позицию ребенка.

Трансактный анализ

Э.Берн назвал единицу взаимодействия трансакцией, а обмен взаимодействия трансактным анализом.

позже это направление психологии получило свое развитие в практике клинического анализа

Транзактный анализ

Эрик Берн

- уникальная теоретическая модель личности, ее внутренней и внешней коммуникации,

а также система разнообразных практических технологий психологической коррекции взаимодействия (в психотерапии, в педагогике, на предприятиях и в организациях).

Цель ТА понимание и действие, направленные на развитие и позитивные изменения человеческого взаимодействия.

.

Общение по типу взаимодействия:

В коммуникативной деятельности организуется бесконечное количество **типов взаимодействий и моделей профессионального общения**

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель «Монблан»**
- врач «отстранен» от пациента
- больные - лишь безликий контингент
- отсутствие личностного взаимодействия
- коммуникативные функции сведены к некоторым обязательным вопросам к пациенту и информационному сообщению (констатирующая информация).
- Следствие:

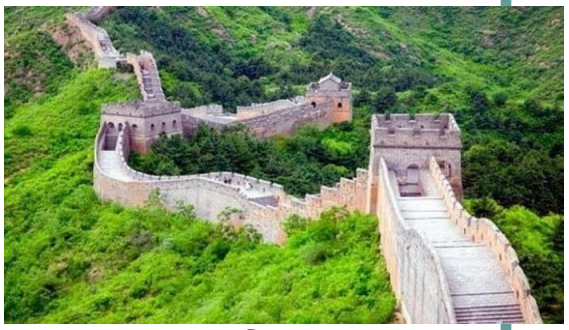
отсутствие психологического контакта, мотивации,

безынициативность и пассивность пациентов в лечебно-диагностическом процессе

Модели негативного профессионального общения врача

Модель «Великая китайская стена»

- слабая обратная связь между врачом и больными (барьеры общения)
- отсутствие желания к проникновению в душевный мир пациента
- информационный, а не диалоговый характер общения
- непроизвольное подчеркивание врачом своего статуса
- снисходительное отношение к пациентам



- Следствие:

слабое взаимодействие с с больными,

с их стороны - негативное отношение и отсутствие доверия к врачу и медицинскому персоналу в целом

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель «Локатор»**
- избирательные отношения с пациентами
- концентрация внимания врача на части больных (индикаторы)
- ориентировка на настроение пациента
- неумение осуществлять индивидуальный подход к больному с учетом психологии и особенностей его личности

- Следствие:

отсутствие психологического контакта, мотивированности, нарушается целостность акта взаимодействия

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель «Тетерев»**
- в коммуникативном процессе врач замкнут на себя
- отсутствие обратной связи в КД
- нет реакции на вопросы и реплики больных
- эмоциональная глухота ко всем окружающим

- Следствие:

вокруг больного - поле психологического вакуума; стороны процесса общения изолированы друг от друга;
лечебное взаимодействие представлено формально

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель « Гамлет»**
- врач озабочен тем, как он воспринимается окружающими
- межличностные отношения приобретают для него доминирующее значение
- сомнение в действенности своих аргументов, в правильности поступков
- острая реакция на нюансы психологической атмосферы больных

- Следствие:

обостренная социально-психологическая чувствительность врача приводит к его неадекватным реакциям на реплики и действия пациентов.

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель «Робот»**
- взаимоотношения врача и пациента строятся по жесткой программе
- четко выдержаны задаваемые вопросы
- безупречная логика изложения и аргументация фактов
- отшлифованы мимика и жесты
- врач не учитывает общее и психическое состояние больных, их возрастные и этнические особенности

- Следствие:

отсутствие психологического контакта, низкий эффект (результат) коммуникативного взаимодействия

Модели негативного профессионального общения врача

- **Модель «Генерал»**
- подчеркнуто требователен
- не терпит возражений со стороны больных и сестринского персонала
- считает, что всегда и во всем прав, а больной должен беспрекословно подчиняться отдаваемым приказам
- лаконичный, точный, сдержанный стиль общения

Следствие:

отсутствие психологического контакта

безынициативность пациентов в лечебно-диагностическом процессе

Функция лидерства в интерактивной стороне общения

- Врачу необходимо обладать способностью влиять не только на чувства, эмоции и поведение пациентов, но еще и на их установки, мотивы и ценности. Создавать определенный настрой не только больным, но и коллегам.
- Такая способность предполагает умение хорошо ориентироваться в людях, тонко чувствовать и понимать их, использовать наиболее уместные и эффективные способы воздействия, обеспечивая лидерство в общении.

Как правило, такие способности развиваются на основе психологических знаний. Они могут формироваться и на основе профессионального опыта.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ

профессор Амиров Артур Фердсович