



**Контроль гипертензии**



**Снижение риска сердечно-сосудистых осложнений**

**Эффективная терапия АГ,  
улучшающая качество жизни**

лозартан®  
**СЕНТОР**

**Ко-СЕНТОР**®  
лозартан, гидрохлоротиазид

Лекарственное средство. Имеются противопоказания и побочные реакции. Противопоказан в период беременности и кормления грудью. На правах рекламы.



ГЕДЕОН РИХТЕР

## ИЗВЕСТНЫЕ МЕДИКИ О РОЛИ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В. Тихоненко, Т.В. Матвейчик

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Эффективная коммуникация обеспечивается высокими стандартами, развитие которых в медицине наблюдаем на протяжении столетий. Достижение основных целей взаимодействия с пациентом – выстраивание доверительных межличностных отношений, облегчающих обмен информацией, для включения пациента в процесс принятия решений и его эмоциональная вовлеченность – возможно только при наличии профессиональных коммуникационных и межличностных навыков медицинского работника. В статье изложены воззрения известных медиков прошлого и настоящего, прямо или косвенно помогающие медицинским работникам в формировании этих навыков.

*Ключевые слова:* медицинская культура, коммуникация «врач – пациент».

Эффективности коммуникации уделяется большое внимание, поскольку отечественная медицина своими приоритетами ставит положительный результат лечения, который зависит в том числе и от взаимодействия медика и пациента. Значительные достижения в диагностике и лечении оставляют тему коммуникаций актуальной.

Удовлетворенность пациентов доступностью, качеством всей системы здравоохранения характеризуется также количеством обращений граждан в учреждения и управления здравоохранения по вопросам качества оказания медицинской помощи. Снижение количества таких обращений является следствием систематической работы по повышению качества оказания медицинской помощи, а также постоянной целенаправленной работы по развитию навыков делового общения в системе базового и дополнительного образования среди медицинских работников.

Отличаются ли цели и процесс взаимодействия в медицине от коммуникации в принципе?

Коммуникация в сфере здравоохранения предназначена для информирования населения по вопросам здоровья. Это обучение практическим навыкам поведения, позволяющего сохранять и укреплять здоровье; осуществление социального партнерства – организации взаимодействий с заинтересованными сторонами по продвижению вопросов здоровья; формирование и поддержка мотивации субъектов в осуществлении обмена мнениями по вопросам здоровья; обеспечения профессионального (экспертного) контроля качества предоставляемой населению информации, в том числе источников информации. В целом это приводит к улучшению качества жизни общества [1].

Взаимодействие, осуществляемое медицинским работником ежедневно, многогранно и обладает разнообразными аспектами. Основная часть коммуникации медиков состоит из общения непосредственно с пациентом, поэтому важно знать, какой опыт накоплен в течение многих веков врачевания.

Наиболее известным древнегреческим врачом является Гиппократ, великий естествоиспытатель,

философ, реформатор. 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 разумением, 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, несправедливого и пагубного... Чтобы 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...». Задумывались ли мы над тем, что в этом тексте, таком созвучном врачебному и сестринскому сердцам, уже определены многие моменты эффективной коммуникации в медицинской практике?

Несмотря на то, что 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. Делай все для улучшения состояния больного человека, не причиняй ему вреда, не разглашай не только врачебную тайну, но и личные обстоятельства, увиденные в процессе общения с пациентом. Ведь пациент всегда, пусть и подсознательно, оценивает медицинского работника с разных позиций – как профессиональных, так и жизненных. В случае, когда пациент убеждается, что врач или МС соответствуют тем требованиям и ожиданиям, которые общество предъявляет к медикам, и их человеческие качества соответствуют высокому уровню, у него возникает доверие, являющееся залогом эффективности коммуникации.

Если смотреть глубже, клятва Гиппократа транслирует нам установку на получение ощу-

ния счастья при выполнении входящих в нее обязательств, а ведь это опосредованно тоже способствует эффективности общения с пациентами.

С клятвой Гиппократата перекликается клятва **Флоренс 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 назначаю 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».

Касались ли понятия коммуникации другие врачи древности? Парацельс вошел в историю как один из величайших врачей, несмотря на то, что в его практике были многочисленные неудачи. Вынося из них бесценный опыт, позволявший менять лечебную тактику, он способствовал развитию медицины, достигший 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.

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 [2]. 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: на улучшение состояния здоровья.

Медицина отражена во многих литературных произведениях. Известные писатели Владимир Даль, Василий Аксенов, Франсуа Рабле, Фридрих Шиллер, Артур Конан Дойл и многие другие были

врачами. Мы гордимся тем, что великие русские писатели А.П. Чехов, В.В. Вересаев, М.А. Булгаков были медиками. Проанализируем, какой посыл, образец взаимодействия врача, МС и пациента прошлого оставили нам классики. Несмотря на то, что медицинская тематика в литературных произведениях, как, например, герой-врач, герой-больной, и тема болезни, обычно является не главным, а подчиненным главной идее произведения сюжетом, создавая, таким образом, фон действия, эти литературные произведения дают нам образцы коммуникации. Четкое понимание того, какие цели в медицине ставятся, как они достигаются с учетом особенностей пациента, какие реакции можно ожидать от пациента, позволяют увидеть, как, в свою очередь, на них реагировать [3].

«Записки врача» являются самым 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 «Записках врача» повествование ведется от лица молодого врача, не имеющего в произведении собственного имени, который окончил медицинский факультет семь лет назад и еще не стал «человеком профессии, привыкшем ко всему». На него влияют страдания живых людей. На собственном опыте он учится справляться с различными ситуациями и трудностями, через этот опыт у героя вырабатываются определенные формы поведения. Случаются и неудачи, и после первого отчаяния и упадка духа он убеждается в том, что все-таки медицина и, в частности, он сам своей деятельностью, многое может сделать, что и возвращает его веру [3]. Произведение дает нам 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 дает каждому медику возможность передавать свою веру в силу медицины каждому пациенту, и такая уверенность – один из основных залогов эффективного общения медицинских работников и пациентов.

Большое значение придавал **В.В. Вересаев** подробному расспросу больного о его образе жизни, лечению не болезнью, а индивидуальным подходом в каждом конкретном случае, выработанный в 90-е годы XIX века профессором Московского университета **Г.А. Захарьин** [4].

В процессе чтения «Записок» мы можем видеть, как менялось отношение 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 медицину в настоящее время. И то, каким будет отношение медицинского работника к пациенту, определяет отношение пациента

к этому медику и, соответственно, степень его восприятия слов и действий медика [3, 5].

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 такие моменты пусть и редко, встречаются и 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 определенными болезнями, которые не понимают серьезность ситуации, а лишь уповают на избавление от одного из симптомов. Какие средства преодоления описывает Булгаков? 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.

В рассказах 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» [6]. И не только человеколюбие как широкое философское понятие, а стремление помочь каждому конкретному пациенту, несмотря на трудности, свойственны медицинским работникам. Именно это придает коммуникации «медик – пациент» двусторонность: с одной стороны, врач и МС прикладывает все усилия для излечения пациента, с другой – пациент, доверяющий медику, активно сотрудничает с ним, верит в успешность исхода, нацелен на благополучный исход.

В произведениях классиков герои – не шаблонные фигуры, что делает их более понятными и близкими медикам 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. Эти качества всегда ценимы 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 [7]. Только медик, заслуживший доверительное отношение, чувство уважения со стороны пациентов, может вести за собой.

Антон Павлович не выносил необоснованных нападок на врачей и жестко относился к тем, которые не соблюдают правила врачебной этики, разглашая врачебную тайну или бездушно относясь 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 [3]. 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» [8]. 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 нигде не годится». В любые времена общество ждет от медицины многого, и если она не помогает, то отрицает ее пользу, забывая, что медицина не всемогуща. 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 и 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, 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 аргументи-

рованно преподнести объективную информацию, чем разрушить недоверие и разочарование, имеющиеся у некоторых пациентов [5, 8].

Глубокую проблему поднимает В.В. Вересаев, упоминая «Врачебный устав», по которому «всякий врач обязан по приглашению больных являться для подания 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?» [3]. 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 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 [3, 9].

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) обсуждалась тема конфликта между врачом и пациентом как весьма жгучая, имеющая серьезное общественное значение. В процессе обсуждения уточнялось, что публика то и дело жалуется на формализм врачей и отсутствие у них гуманности, врачи обвиняют публику в эксплуататорских поползновениях на их труд, свободу и т. д.» [10]. История свидетельствует, что вопрос конфликта между медиком и пациентом существовал в медицине всегда. В нынешней насыщенной жизни эта проблема не теряет своей 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 (сестры) помощи любой ценой: для них врач – единственная надежда на спасение их близких. В состоянии страха потери близкого ему 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» [3].

А.П. Чехов и В.В. Вересаев выразили представления общества XIX века о главных качествах медицинских деятелей того времени: самопожертвовании и высоком призвании. Если соотносить эти качества врачей и медицинских сестер с ситуацией преодоления пандемии коронавирусной инфекции в 2020–2021 годах, можно утверждать, что присутствует высочайший уровень нравственности отечественных медицинских работников.

Медицинские работники, не соответствующие этим представлениям, какими бы ни были причины, не встретят понимания со стороны общества. 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» [11]. 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 году) 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...» [9].

Любое недопонимание 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 его 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» [5]. 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 «находящийся внутри, в пределах чего-либо».

Вопрос о том, насколько врачу возможно пропускать все беды пациентов через себя, рассматривался А.П. Чеховым в «Палате № 6», в которой он показывает, что привычка к чужому страданию и вырабатывающееся вследствие этого дистанцированное отношение к больным является естественным следствием опыта работы и в определенной степени механизмом защиты самого врача [12].

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» [13, 14].

Предвидение будущего взаимодействия видно на примерах литературы XIX века, когда классики выплетали 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 «скриптов» показывает не только неэффективность, но и возможность провоцировать и индуцировать развитие конфликта.

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 [13].

Например, как поступать, если рекомендации медицинских работников полностью игнорируются, если некоторые люди убеждены в их бесполезности и кажется, что дальнейший диалог невозмо-

жен? 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. И таким образом он медленно добивается доверия, люди начинают к нему обращаться.

Многое из того, что обсуждается 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. В.П. Вишневская (2004) ввела понятие «образа болезни» как многомерного психологического понятия, включающего 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. Автор рассматривает образ болезни как позицию пациента, отраженную в сознании его психического и соматического состояния на эмоционально-перцептивном и когнитивном уровнях. Это значит, что у каждого пациента 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) [14]. 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 в целях выздоровления.

Времена меняются, сегодняшний пациент – не пассивный потребитель медицинских «советов» и иногда противостоит авторитарности экспертов. Это значит, что нужен не монолог медика, а интеграция знаний и усилий обеих сторон делового общения для достижения максимальной эффективности в лечении или предупреждении болезни. Эффективный диалог об этом будет успешным не только для каждого пациента, но и для общества.

Уровень удовлетворенности пациентов повышается, когда медицинский работник понимает ситуацию и знает потребности пациента и возможности лечения. Это обеспечивает «комплаенс» (приверженность), т. е. степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями врача, уровень взаимодействия, восприятия рекомендаций, оказывает положительное психологическое воздействие на пациента [15, 16].

Не стоит забывать о работе с ближним окружением, ведь семья – основной источник поддержки для пациентов, страдающих онкологическим или другим смертельно опасным заболеванием [17, 18].

Врачи испытывают эмоциональное напряжение в сложных ситуациях и иногда не знают, как правильно поступить при затруднениях человеческого взаимодействия. 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 [19].

Взаимодействие врача и медицинской сестры с пациентом – настоящее искусство, которое медицинскому работнику следует развивать и которое должно быть индивидуальным для конкретного пациента. 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 [20].

Таким образом, эффективная коммуникация обеспечивается высокими стандартами, развитие которых в медицине мы наблюдаем на протяжении столетий. Достижение основных целей взаимодействия с пациентом – выстраивание доверительных межличностных отношений, облегчающих обмен информацией, для включения пациента в процесс принятия решений и его эмоциональная вовлеченность – возможно только при наличии профессиональных коммуникационных и межличностных навыков медицинского работника. Эти навыки включают четкое понимание, какого эффекта врач хочет достичь, индивидуальный подход, способность получить информацию для постановки точного диагноза, 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 тревоги. Успешность коммуникации «медицинский работник – пациент» зависит от обеспечения информацией, полезной для укрепления здоровья, развития у пациента приверженности к здоровью, восприятия людьми друг друга в процес-

се лечебного взаимодействия, понимания причин заболевания, целей лечения, психологической поддержки, взаимодействия и постоянного образования МС. Известные медики прошлого и настоящего прямо или косвенно помогают медицинским работникам найти верные пути помощи пациенту [2, 21].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учеб.-метод. пособие / А.Т. Щастный [и др.]; под ред. А.Т. Щастного. Витебск: ВГМУ, 2018. 310 с.
2. Эффективная коммуникация. Учебная программа по вопросам коммуникации для персонала ВОЗ, 2016. 95 с.
3. Karin Hertine Maria Trauttmüller. По следам Гиппократа – образ героя-врача в произведениях А.П. Чехова и В.В. Вересаева. *Mag.iur. Wien*, 2010. 248 с.
4. Клинические лекции профессора Г.А. Захарьина. Вып. 1. 2-е изд.; [Университетская типография]. М.: МГУ, 1891. 152 с.
5. Вересаев В.В. Записки врача. М.: Эксмо, 2010. 640 с.
6. Булгаков М.А. Записки юного врача. М.: Эксмо, 2019. 192 с.
7. Шубин Б.М. Доктор А. П. Чехов. М.: Знание, 1977. 128 с.
8. Фохт-Бабушкин Ю.У. Викентий Вересаев // *Русская литература рубежа веков (1890-е – начало 1920-х годов)*. М.: Наследие, 2001. 768 с.
9. Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем в 30 томах. Сочинения. Т. 4, 6. М.: Наука, 1984.
10. Задера Г.П. Медицинские деятели в произведениях А.П. Чехова // *Нива*. 1903; 10, цитируется по ПССиП (6, 630).
11. Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем в 30 томах. Сочинения. Т. 13. М.: Наука, 1986.
12. Чехов А.П. Полное собрание сочинений и писем в 30 томах. Сочинения. Т. 8. М.: Наука, 1986.
13. Hardy C. Clinical sympathy: the important role of affectivity in clinical practice // *Med. Health Care. Philos.* 2019; 22: 499–513.
14. Вишневецкая В.П. Психология образа болезни у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС с психосоматической патологией: Концепция, феноменология, особенности формирования и коррекции: автореф. ... д-ра психол. Наук / ВАК РФ 05.26.02. М, 2004. 409 с.
15. Ranjan P, Kumari A., Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? // *J. Clin. Diagn. Res.* 2015; 9: JE01–JE04.
16. Матвейчик Т.В. и др. Технология медико-социального взаимодействия как инновационное направление работы помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи, медицинской сестры и социального работника: учеб.-метод. пособие по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» и по специальности 1-86-01-01 «Социальная работа» / Бел. мед. акад. последиплом. образования. Минск: БелМАПО, 2017. 295 с.
17. Дорошенко Р.В., Петкевич О.В., Кривенчук В.А. Врачебная коммуникация по протоколу SPIKES с пациентами и их родственниками. Гомель: РНПЦ РМиЭЧ, 2018. 43 с.
18. Матвейчик Т.В. и др. Организация работы медицинской сестры и помощника врача по амбулаторно-поликлинической помощи при паллиативном уходе: учеб. пособие по специальности 1-79-01-06 «Сестринское дело» / Бел. мед. акад. последиплом. образования. Минск: Ковчег, 2018. 288 с.
19. Горбачева И.М., Гришанова Е.В. Роль смеховой коммуникации в социокультурном развитии общества в кризисные периоды // *Экономические и социально-гуманитарные исследования*. 2018; 2 (18): 85–90.
20. Warnecke E. The art of communication // *Aust. Fam. Physician*. 2014; 43:156–158.
21. Koul P.A. Effective communication, the heart of the art of medicine // *Lung India*. 2017; 34: 95–96.

Поступила 01.06.2021