

Витебский государственный медицинский университет ; ред.: А.Т.Щастный. – Витебск, 2018. – С. 81-84.

3. Корбут, О.В. Особенности сальмонеллеза у детей на современном этапе / О.В. Корбут, Е.А. Дмитриева, Г.Г. Юхименко [и др.] // Актуальная инфектология. – 2016. – № 3. – С. 78-82.

4. Микробиологические методы исследования биологического материала : инструкция по применению № 075-0210 : утв. Заместителем Министра здравоохранения Республики Беларусь – Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 19.03.2010 г. – Минск, 2010. – 123 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СКРИПТОВ КОММУНИКАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Воронко Е.В., Спасюк Т.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Качество и эффективность медицинской помощи обусловлена умениями врача общаться с пациентом. Предпосылками возникновения положительных психологических отношений и доверия между медицинскими работниками и пациентами являются опыт врача и его квалификация. Многие медицинские работники опираются при построении взаимоотношений с больными на свои способности, либо, наблюдая за действиями своих коллег, выстраивают такие взаимоотношения, которые, при определённых обстоятельствах, могут привести к деструктивному взаимодействию. Часто общение с пациентом полностью зависит от складывающейся ситуации: при ориентации пациента на взаимодействие – общение конструктивное, при нежелании пациента общаться – контакт неэффективен. Отсутствие доверительного контакта или формальные отношения врача и пациента приводят к неадекватным рекомендациям, трудностям с приверженностью терапии, ухудшению результативности лечения. Удовлетворенности пациента качеством медицинской помощи и повышение доверия пациента к медицинским работникам, может способствовать приобретению знаний и практических навыков в области межличностной коммуникации между медицинским работником и пациентом.

Цель. Процесс коммуникации может быть понят как процесс обмена информацией. Однако такой подход нельзя рассматривать как методологически корректный, ибо в нем опускаются некоторые важнейшие характеристики именно человеческой коммуникации, которая не сводится только к процессу передачи информации [1]. Характеристики межличностной коммуникации.

1. Обмен информацией основывается на отношениях между активными

субъектами процесса: в ответ на посланную информацию будет получена новая информация, исходящая от другого партнера. Суть коммуникативного процесса – не просто взаимное информирование, но совместное постижение предмета. Следствием активности участников общения является изменение информации (прибавление, трансформация смысла) в процессе передачи-приёма.

2. Обмен информацией обязательно предполагает воздействие на поведение партнера посредством системы знаков, приводящее к изменению состояний и отношений. Эффективность коммуникации измеряется именно тем, насколько удалось это воздействие. При обмене информацией происходит изменение самого типа отношений, который сложился между участниками коммуникации.

3. Понимание передаваемой информации, а также результативность воздействия на поведение напрямую связаны с наличием единой системы значений, которой пользуется коммуникатор и реципиент при кодировании и декодировании сообщений. Всякий обмен информацией между общающимися возможен лишь при условии, что знаки и закрепленные за ними значения известны всем участникам коммуникативного процесса. Только принятие единой системы значений обеспечивает возможность партнеров понимать друг друга.

4. При передаче информации и её понимании возможно появление коммуникативных барьеров. Коммуникативные барьеры не связаны с уязвимыми местами в каком-либо канале коммуникации или с погрешностями кодирования и декодирования, а носят социальный или психологический характер [1]. Социально-психологические барьеры основаны на том, что представители различных социальных, профессиональных, религиозных групп часто не просто по-разному интерпретируют одни и те же понятия, но имеют различающиеся мироощущение, миропонимание (барьеры понимания, социально-культурные барьеры и барьеры отношения). Барьеры понимания – фонетический, семантический, стилистический и логический. Фонетический барьер возникает из-за погрешностей в процессе передачи информации в результате использования коммуникатором невыразительной быстрой речи, речи-скороговорки или речи с большим количеством «слов-паразитов». Семантический барьер связан с употреблением участниками общения понятий с разным смысловым значением. Стилистический барьер возникает при несоответствии стиля речи говорящего и ситуации общения или стиля речи и состояния того, кто в данный момент слушает. Логический барьер возникает тогда, когда логика рассуждения говорящего либо слишком сложна для понимания слушающего, либо кажется ему неверной, либо противоречит присущей ему манере доказательства. Социально-культурные барьеры, связанные с социальными, политическими, религиозными и профессиональными различиями, приводящими к различному объяснению тех или иных понятий. Барьеры отношения связаны с особенностями межличностных отношений, складывающихся между людьми (симпатия, либо, наоборот, неприязнь, недоверие к говорящему). Психологические барьеры связаны с наличием таких индивидуальных психологических особенностей общающихся

(чрезмерная застенчивость одного, скрытность другого, «некоммуникабельность», или в силу сложившихся между общающимися особого рода психологических отношений: неприязни по отношению друг к другу, недоверия и т.п.), оказывающие влияние на коммуникацию и приводящие к нарушениям процессов кодирования-декодирования [2]. Обобщая, коммуникация – акт и процесс установления контакта между субъектами взаимодействия посредством выработки общего смысла передаваемой и воспринимаемой информации, что приобретает особую важность в налаживании конструктивных и эффективных взаимоотношений между врачами и пациентами [1].

Методы исследования. Процесс кодирования, передачи и декодирования сообщения происходит в коммуникативном поле, включающем нормы, скрипты, стили коммуникации [2]. Коммуникация осуществляется в соответствии с правилами и нормами коммуникации, предписывающие поведение в той или иной культуре, в той или иной ситуации. Нормы коммуникации – это правила, соблюдения которых ожидает большинство людей. Они определяют: допустимость обсуждения разных тем (например, личной жизни, доходов и т.д.); допустимость использования определенных слов или грамматических конструкций; обращение участников друг к другу (например, по имени, имени-отчеству и т.д.) и вежливость; тип невербального поведения (например, жестика, мимика, кинесика, пространственное расположение). Нарушение норм коммуникации порождает непонимание и негативное отношение участников друг к другу. Особенно негативное влияние оказывают серьезное и частое нарушение норм, далеко идущие негативные намерения коммуникатора, отсутствие коррекции сказанного и извинений с его стороны. Стил коммуникации – способ передачи информации в процессе коммуникации: доминантный, драматический, спорный, успокаивающий, дружеский, впечатляющий, внимательный, воодушевленный, открытый. Скрипт коммуникации – обыденное представление о типичной последовательности действий в определенной коммуникативной ситуации. Существуют скрипты романтического свидания, похода в ресторан, общения на переговорах, и т.д. [3]. Нарушение скрипта затрудняет коммуникацию между участниками.

Результаты и их обсуждение. Для создания доверительной атмосферы, установления искренних и устойчивых отношений медицинского работника с пациентом, необходимо пользоваться скриптами коммуникации. Процесс приобретения знаний по конструктивному общению и формированию навыков взаимодействия врача с пациентом происходит в процессе преподавания учебной дисциплины «Коммуникация в здравоохранении» для студентов лечебного и педиатрического факультетов первого курса. В соответствии с учебной программой разработаны скрипты в ситуации делового общения студента с коллегами, общения студента с коллегами в конфликтной ситуации, общения студента с вышестоящим руководителем в ситуации делового общения, общения студента с пациентом, общения студента с родственниками пациента, общения

студента с пациентом в конфликтной ситуации. Разработанные скрипты включают два раздела. Первый раздел – это описание условий общения, включающих особенности подготовки ко встрече с пациентом, начала осмотра пациента, обращения к пациенту, выслушивания жалоб, сбора анамнестических данных и назначения лечения. Второй раздел представлен алгоритмами общения, описывающими конкретные фразы при приветствии пациента, при опросе, назначении лечения и обосновании предложенных рекомендаций, прощании с пациентом. Отработка последовательности действий в определённой коммуникативной ситуации происходит на практических занятиях.

Выводы. Включение отработки скриптов коммуникации в образовательный процесс даёт возможность планировать конкретные результаты обучения с использованием предложенных алгоритмов, ход врачебной консультации и её результат. Осваивая реалистичные сценарии с использованием алгоритмов взаимодействия в разных коммуникативных ситуациях, студенты приобретают необходимые коммуникативные навыки для работы с пациентами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М. : Аспект Пресс, 2014. – 363 с.
2. Гулевич, О.А. Психология коммуникации / О.А. Гулевич. – М. : Моск. психол.-соц. ин-т, 2007. – 384 с.
3. Куницына, В. Н. Межличностное общение : учебник / В. Н. Куницына, Н. В. Казаринова, В. М. Погольша. – СПб. [и др.] : Питер : Питер бук, 2001. – 544 с.

ТАКТИКА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С МИОМОЙ МАТКИ

Ганчар Е.П.¹, Колесникова Т.А.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
УЗ "Гродненский областной клинический перинатальный центр"²*

Актуальность. Миома матки – самая распространенная опухоль среди гинекологических заболеваний, встречающаяся у 20-44% женщин и у 0,5-6% беременных [1]. В последние годы возрастает количество женщин репродуктивного возраста с миомой матки [2]. Однако до настоящего времени не разработаны четкие критерии тактики ведения беременных с миомой матки. Отсутствует единая тактика объема хирургического вмешательства при указанной патологии. Нередко после родоразрешения пациентов активного репродуктивного возраста прибегают к гистерэктомии. Естественно, выполненное хирургическое вмешательство приводит к прекращению репродуктивной функции, а также оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов [3, 4]. В связи с этим актуальность проблемы не вызывает сомнений.