

В 2015 г. со слушателями отделения повышения квалификации было проведено анкетирование по вопросам формирования здорового образа жизни. Результаты анкетирования в начале обучения показали, что медицинские работники часто недостаточно уделяют внимания заботе о своем здоровье, не в полном объеме владеют знаниями по вопросам формирования здорового образа жизни. Анализируя результаты ответов респондентов в конце обучения можно сделать вывод, что 37% слушателей выразили обеспокоенность своим отношением к вопросам формирования здорового образа жизни; 73% опрошенных отметили увеличение мотивации к здоровому образу жизни; 89% слушателей отметили повышение мотивации к проведению информационно-образовательной работы среди населения по формированию здорового образа жизни и профилактике социально-значимых заболеваний.

Заключение. Деятельность УО «Гомельский государственный медицинский колледж» в части работы по ФЗОЖ направлена на повышение грамотности слушателей по вопросам сохранения и укрепления здоровья, формирование престижа здоровья и воспитание потребности в ведении здорового образа жизни, профилактику социально значимых заболеваний, координацию усилий всех специалистов медицинского профиля в данном направлении работы.

Специалисты, обучающиеся на курсах повышения квалификации и переподготовки руководящих работников и специалистов со средним специальным образованием, отмечают, что изучение вопросов формирования здорового образа жизни способствует совершенствованию профессиональной компетенции, стимулирует к проведению информационно-образовательной работы среди населения по профилактике основных социально-значимых заболеваний.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ОБУЧЕНИИ ВРАЧА ПСИХОЛОГИИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Т. И. Спасюк

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Поддержание долголетия и активности населения позволяет создать необходимый экономический ресурс, и становится сегодня приоритетным направлением деятельности государства. Социальная ситуация развития общества требует от врача все возрастающей компетентности. Наиболее заметные изменения, вместе с тем, затрагивают содержание социальной роли «пациент». В ситуации увеличения возраста выхода на пенсию традиционные воззвания врачей к ведению здорового образа жизни, направленные на молодых, получают неожиданный отклик у старших поколений. Женщины обращают внимание мужчин на факт их большей средней продолжительности жизни с позиции безопасного поведения и ответственного отношения к

своему здоровью. Граждане начинают более ответственно подходить к доле в своей потребительской корзине медицинских услуг, фармакологических препаратов и, например, абонементов в ФОК или спортивно-туристического снаряжения. Молодое поколение активно продвигает среди населения увлечение велосипедными прогулками, и городская инфраструктура за последнее пятилетие стала намного более дружественной по отношению к велосипедистам. Сегодня велосипед предпочитают автобусу все больше граждан среднего возраста обоих полов. Пожилые люди все более увлекаются пешими прогулками в лесопарках и скандинавской ходьбой. Данные тенденции осознанного и ответственного отношения к своему здоровью и жизни возникают, скорее, как тенденции развития социума, результат развития интернет - коммуникации среди всех возрастных групп, а не как результат специально организованных медицинских просветительских программ. Видение социальной роли пациента врачом и самим пациентом все более различается. Причины такого расхождения во взглядах на социальную роль пациента, преобладающих у врача и у гражданина – потенциального пациента, заключаются не в умышленном бездействии медиков, а в реализующихся моделях взаимоотношения врач-пациент, в частности, патерналистской модели. Без понимания врачом активной роли пациента в современных условиях взаимодействия достижение профессиональных врачебных целей, охрана здоровья не возможны. В частности, возрастающая доля платных медицинских услуг требует осознанного их потребления активным потребителем. Между тем, как отмечают исследователи схожих тенденций в современном российском социуме, «социальная роль пациента в отношениях, возникающих между ним, как потребителем медицинских услуг и исполнителем медицинской услуги - врачом, еще окончательно не определена» [4].

В современных социальных условиях процесс взаимодействия с пациентом требует от врача рефлексии своих социальных установок, стереотипов, коммуникативных процессов и даже переживаний по поводу общения с пациентом.

Справочные и учебные пособия для студентов-медиков и врачей позволяют идентифицировать врачу в своей профессиональной деятельности различные общепсихологические и социально психологические закономерности. Психологические сведения часто представлены произвольным набором тем в пособии. Роль и место той или иной концепции в психологической науке опускается. Часто отсутствует методический принцип, объединяющий психологические сведения, адресованные врачу, отсутствуют и методологические основания, задающие последовательность изложения. По нашему мнению, на современном этапе в обучении психологическим механизмам медицинской профессии следует сделать как минимум три акцента. 1. Психологические феномены и закономерности следует изучать на практике путем проигрывания коммуникативных ситуаций, в которых проявляются изучаемые закономерности. Интересным и результативным может оказаться использование методики симуляционных

технологий «стандартизированный пациент» [3]. 2. Психологические концепции и теории, объясняющие процессы взаимодействия в диаде «врач-пациент» необходимо рассматривать в их взаимосвязи друг с другом в объяснении целостного процесса взаимодействия. 3. В психологической интерпретации взаимодействия акцентировать субъектность пациента, его способность к ответственности за свое здоровье, к здоровьесберегающей активности в собственной жизни.

Рассмотрим, как выделенные нами акценты можно сделать в конкретных разделах учебного материала, предлагаемого студентам. Сведения по психологии [3, 6] общения не должны отчуждать врача от пациента компьютерной «неживой» моделью коммуникативного процесса. Элементы коммуникативных моделей следует изучать на конкретных примерах. Знание структуры коммуникативных процессов позволяет понимать здоровье пациента как основной предмет коммуникации, и формировать взаимодействие именно вокруг данной темы, не соскальзывая на посторонние темы, увеличивающие вероятность возникновения манипулятивных тенденций. Знание такого компонента коммуникации как «мотив» позволит врачу увидеть причины взаимодействия и формирования качества этого взаимодействия. Знание о видах общения позволяет дифференцировать цели общения в зависимости от этапа лечения. Знания о коммуникативных стилях должно сочетаться со знанием задач этапов лечения, видов заболевания, внутренней картины болезни и переживаний пациента. Только в этом случае врач может грамотно использовать стили и переключаться между ними согласно ситуации. Отдельные психологические концепции, оторванные от контекста их создания, могут восприниматься врачом как надуманные или слишком популярные. Так, коммуникативные модели Э. Берна и С. Карпмана могут пониматься упрощенно. Ключевые понятия данных концепций следует упоминать в контексте топографической модели психики З. Фрейда, психодинамической теории. Кроме того, здесь уместно рассмотреть принцип триангуляции М. Боуэна, упомянуть стремление систем поддерживать текущие состояния с использованием деструктивных коммуникативных последовательностей [1]. Социально-перцептивные эффекты (например, эффект «ореола», авансирования, проецирования) следует изучать в контексте групповых и социальных процессов, с акцентированием возможности личности приобретать функциональную автономию [5] по отношению к этим процессам. Понятие психологической установки следует соотносить с процессами ее формирования, с ее адаптивной ролью в уменьшении неопределенности и тревоги.

Знания о психологии личности пациента, безусловно, не должны упрощать личность до ее модели, редуцировать субъектность пациента. Врач, сумевший типизировать пациента, только ради констатации типа, может лишь снизить собственную тревогу по поводу реакций пациента-объекта. Психологические концепции личности не создавались исключительно для пациентов, поэтому врач должен отследить собственные личностные типологические тенденции и их проявления во взаимодействии с типом

личности пациента. Врач становится заложником психологической закономерности «фундаментальной ошибки атрибуции», концепцию которой изучает, но не способен к ее рефлексии во время использования объектной модели пациента. Эта модель накладывает ограничения на возможность рефлексирования врачом своей позиции во взаимодействии, оставляя ему, в основном, манипулятивные возможности.

Технологии общения [3, 6] должны изучаться в неразрывной связи с их теоретическими моделями, в которых они реализуют психотерапевтическую функцию, но никак не манипулятивную. Каждая из данных технологий, включая НЛП, обнаруживает долгосрочный эффект установления взаимопонимания, только в случае реализации субъект-субъектного понимания коммуникации.

Основанием подхода к пациенту как к активному агенту своего здоровья становится понимание и выбор врачом модели взаимодействия «врач-пациент». Именно принятие соответствующей модели позволит врачу рефлексировать контексты и пределы психологических теорий, акцентировать в процессе обучения активную сторону социальной роли «пациент».

В изучении моделей взаимодействия врача и пациента следует акцентировать их имманентные различия в объяснении активности и автономности пациента. Следует обратить внимание на смысловые оси, задаваемые Р. Витчем [2] в данных моделях: механистичность – органичность, объективность – субъективность, автономия – зависимость. Необходимо отметить ценностные измерения, пронизывающие эти модели: источники власти, делегирование власти, зависимость знака системного эффекта ценностей от социальной стратификации.

Подытожим выше сказанное. 1. Граждане современного белорусского социума все более ответственно относятся к своему здоровью, их здоровьесберегающая активность возрастает, увеличивается степень осознанности взаимодействия с врачом, начинает формироваться культура потребления медицинских услуг. 2. В таких условиях необходимы рефлексивные усилия врача в отношении всей своей профессиональной активности, в отношении социальной роли «пациент» в частности. 3. Обеспечение необходимых для профессиональной рефлексии умений и навыков осуществляется при подготовке медицинских работников в вузах и на курсах повышения квалификации в процессе изучения психологических дисциплин. 4. Преподавание психологических закономерностей, теорий должно осуществляться с методологическим и методическим акцентированием потенциала автономности и ответственности в исполнении социальной роли пациента в современных условиях.

Литература

1. Варга, А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна / А.Я Варга, И.Ю. Хамитова // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2005, №4 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://>

//psyjournal.ru/psyjournal/articles/detail.php?ID=2676. – Дата доступа: 26.04.2016.

2. Витч, Р. Модели взаимоотношения врач-пациент [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://videoinet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931>. – Дата доступа: 28.04.2016.
3. Гринберг, М.П. Коммуникативная компетентность врача. Симуляционное обучение. Методика «стандартизированный пациент» / М.П. Гринберг, А.Н. Архипов, Т.А. Кузнецова. – М. : Литтерра, 2015. – 176 с.
4. Ефименко, С.А. Социология пациента: автореф. дис. ... докт. социол. наук: 14.00.52 / С.А. Ефименко; ММА им. И.М. Сеченова. – М., 2007. – 49 с.
5. Олпорт, Г. Становление личности: Избранные труды / Г. Олпорт; под общ. ред. Д.А. Леонтьева. – М. : Смысл, 2002. – 183 с.
6. Шарков, Ф.И. Основные теории коммуникаций / Ф.И. Шарков. – 2004. – 246 с.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТАБАКОКУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Е. М. Сурмач, А. А. Дорощик, Л. Н. Смирнова, И. А. Синкевич*

УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»

** УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно»*

Одним из ведущих поведенческих факторов увеличения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений является курение. Согласно статистическим данным более 50% мужчин в Республике Беларусь (РБ) курят, количество курящих в возрасте до 17 лет – 34%, РБ входит в десятку самых курящих стран мира. Для сравнения в США регулярно курят 40% населения старше 25 лет, в Швейцарии – около 45%. Более половины курящих используют около 1 пачки сигарет в сутки. При отказе от курения риск коронарных событий уменьшается на 50% уже через 2 года. Благодаря снижению распространенности курения в США ежегодно по программе Medicaid экономится более 10 млн. долларов. [1,2]. Курение табака является причиной многих предотвратимых болезней и преждевременной смерти, в том числе среди молодого населения [3,4]. Разработка программ первичной профилактики позволяет сократить количество курящих среди молодежи. Так, в Италии завершена 10-летняя программа, направленная на отказ от курения, количество курящих школьников старше 16 лет снизилось на 4% [5]. Согласно данным польских авторов длительные программы, начатые среди молодых людей, являются весьма эффективными, поскольку доказано, что ряд поведенческих факторов риска ССЗ приобретает как раз в молодом возрасте [6].