

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ДРУГ О ДРУГЕ КАК ФАКТОР НАПРЯЖЕННОСТИ В ИХ СИСТЕМЕ ОТНОШЕНИЙ

FEATURES OF SOCIAL PERCEPTIONS OF A DOCTOR AND A PATIENT ABOUT EACH OTHER AS A FACTOR OF TENSION IN THEIR RELATIONSHIP SYSTEM

**M. Glavatskikh
T. Pomytkina**

Summary. in this study, it was found that the doctors' ideas about a real and ideal patient are contradictory. Opposite characteristics are present in them: "responsible — irresponsible", "restless — calm", "patient recovering", "obedient — demanding", which may interfere with the constructive interaction of the doctor with the patient. The presence of negative perception of the patient by the doctor is the basis for non-constructive interaction, a kind of setting on the negative image of the patient, waiting from the patient for negative emotions, which can predetermine the whole process of communication. In patients "perceptions of the doctor there are opposite characteristics of" evil — good. "The perception of patients that the doctor is angry, irritable and aggressive diverge from their ideal way of doctor "kind" and "attentive," and this prevents the patient from constructive interaction with the doctor. The doctor and patient's submissions revealed differences in the qualities of "responsibility and" performance, "which also creates a contradiction in the conflict of expectations. The doctor shares responsibility with the patient, but the patient is ready to be only a performer in the system of relations with the doctor. The prevalence of professional qualities in doctors "perceptions of" Ideal Doctor "has been revealed, while a group of patients in" Ideal Doctor "perceptions highlight communicative qualities.

Keywords: conflict, social representations, image of a doctor, image of a patient, tension factors, system of relations "doctor-patient".

Главатских Марианна Михайловна

*К.псих.н., доцент, ФГБОУ ВО «Ижевская
государственная медицинская академия»*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации
ni-hao@mail.ru*

Помыткина Татьяна Юрьевна

*К.псих.н., ФГБОУ ВО «Ижевская государственная
медицинская академия» Министерства*

*здравоохранения Российской Федерации
lamp27-3@mail.ru*

Аннотация. в настоящем исследовании было выявлено, что представления врачей о реальном и идеальном пациенте противоречивы. В них присутствуют противоположные характеристики: «ответственный — безответственный», «беспокойный — спокойный», «больной- выздоравливающий», «послушный — требующий», что может препятствовать конструктивному взаимодействию врача с пациентом. Наличие негативного восприятия пациента врачом является основой для неконструктивного взаимодействия, своеобразной установкой на негативный образ пациента, ожидание от пациента негативных эмоций, что может предопределить весь процесс коммуникации. В представлениях пациентов о враче присутствуют противоположные характеристики «злой — добрый». Представление пациентов о том, что врач злой, раздражительный и агрессивный расходятся с их идеальным образом врача «добрый» и «внимательный», и это препятствует конструктивному взаимодействию пациента с врачом. В представлениях врача и пациента выявлены различия в качествах «ответственность и «исполнительность», что также рождает противоречие в конфликте ожиданий. Врач разделяет ответственность с пациентом, пациент же готов быть только исполнителем в системе отношений с врачом. Выявлено преобладание профессиональных качеств в представлениях врачей об «Идеальном враче», в то время как группа пациентов в представлениях об «Идеальном враче» выделяет коммуникативные качества.

Ключевые слова: конфликт, социальные представления, образ врача, образ пациента, образ пациента, факторы напряженности, система отношений «врач-пациент».

Актуальность и необходимость исследования проблемы конфликтного взаимодействия в системе отношений «врач-пациент» определяется не только трудностями и проблемами в реализации реформы здравоохранения, но и кризисом общественного сознания и социальными проблемами общества в целом. Общество в лице государства определило переход к пациент-ориентированному общению врача и пациента, однако, как отмечает Лига защиты пациентов, наиболее частая причина обращения пациентов — «неумение или нежелание врача разговаривать с пациентом».

Конфликт в системе отношений «врач-пациент» актуален и тем, что затрагивает самые базовые потребности личности, что придает ему быструю эскалацию, остроту взаимодействия, и широкий общественный резонанс. В то же время, как замечает Бендюков М. А. [2], трудовые конфликты в отечественной психологии изучаются прежде всего в рамках социологии, а психология изучает конфликты в таких специфических отраслях как педагогика, правоохранительные органы, пенитенциарная система, спортивные команды. Конфликты в системе здравоохранения требуют своего психологического подхода.

В отечественной психологии конфликт представляет собой сложное социально-психологическое явление, не имеющего однозначного определения. Свои определения конфликта предлагали Б.И. Хасан, А.И. Шипилов и А.Я. Анцупов, Н.В. Гришина и В.П. Шейнов. Представленные ими определения конфликта отличаются обобщенностью и формализованностью описываемых моделей конфликта, что было необходимо на первоначальном этапе развития конфликтологии для создания универсальной модели конфликта, позволяющей описать структуру и динамику конфликта, но не учитывающей содержательную, собственно психологическую составляющую конфликта, которые при рассмотрении конкретного конфликтного взаимодействия, обусловленного профессиональной деятельностью могут существенно влиять на его развитие и урегулирование.

Это проблема решается в онтологическом подходе, где по мнению Леонова Н.И. [9] специфика конфликтного поведения определяется представлениями субъекта о конфликтной ситуации. А представления как научная категория уже является предметом собственно психологии. Так, влияние особенностей восприятия и интерпретации поведения человека в конфликте, самой ситуации на характер взаимодействия и исход конфликтной ситуации изучали Л.А. Петровская [14], Н.В. Гришина [7], М.М. Главатских [6,10]. С. Московиси [11] определял социальные представления как специфический способ понимания и коммуникации, представления как порождаются в результате коммуникации, так и облегчают процесс коммуникации. Как отмечает Бовина И.Б. [3] социальные представления ориентируют личность в социальной ситуации взаимодействия и оправдывают социальные отношения, облегчают процесс конструирования и поддержания социальной идентичности. Исследования Емельяновой Т.П. [8] также показали, что в условиях социальной нестабильности социальные представления могут выполнять функцию стабилизации эмоционального состояния членов отдельных социальных групп.

В разрезе социально-психологических характеристик современных взаимоотношений «врач-пациент» представляется актуальным изучение социальных представлений (образов) врача и пациента друг о друге как представителей социальных групп. Знание и учет врачом имеющихся представлений у пациента «идеального врача» будет способствовать установлению психологического контакта между ними, повышению эффективности взаимодействия, снижению напряженности и конфликтности.

В исследовании, проведенным Ташлыковым В.А. [13] в 1974 году были выявлены представления пациентов об образе «идеального врача». Наиболее важными ока-

зались следующие (в порядке убывания) личностные качества врача: ум, увлеченность работой, внимательность, чувство долга, терпеливость, чуткость, интуиция, серьезность, доброта, чувство юмора. Ташлыков В.А. отмечает, что для большинства пациентов в образе врача обобщается личный опыт взаимодействия с рядом авторитетных для него лиц в разные периоды жизни. В исследованиях А.С. Георгиевского и Н.С. Боброва [5] самыми важными были признаны такие качества, как уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, т.е. коммуникативные черты.

В работах Грандилевской И.В., Буриной Е.А., Буцениной И.И. [4] выявлялись представления врачей об образе «идеального пациента». По результатам их исследований медицинские работники хотели бы видеть в «идеальном» пациенте черты, присущие им самим. Врачи, обладающие реалистичной базой суждений относительно себя и окружающих, готовы к возможной критике со стороны «идеального» пациента. Доктора же, ориентирующиеся на сотрудничество, ожидали бы от него тех же стремлений.

Учитывая, что социальные представления врача и пациента могут быть причиной напряженности, порождать конфликт ожиданий, обоснованным является выявление социальных представлений об образе реального и идеального врача и реального и идеального пациента со стороны обеих социальных групп. Их соотношение позволит выявить точки соприкосновения и противоречия в представлениях данных социальных групп друг о друге.

Цель исследования

Изучение противоречий в социальных представлениях о «реальном-идеальном враче» и «реальном-идеальном пациенте» в социальных группах врачей и пациентов. В исследовании приняло участие 77 врачей и 86 пациентов различных лечебных учреждений г. Ижевска.

Методы исследования

Как выражение человеческой субъективности, социальные представления обладают свойством активности: создают основу для ожиданий, направляют познание субъекта окружающей действительности, определяют поведение. Изучение моделирования социальных представлений включает методы изучения развития, формирования и изменения этих смысловых систем. В данной исследовательской работе применялся метод свободных ассоциаций, который относится к малоструктурированным методам. Малоструктурированные методы — косвенные способы изучения социальных представлений

посредством изучения представления о других людях (родителях, учителях, руководителях, значимых людях) или ситуациях. В них отражается социальное знание, которое формируется в процессе восприятия и познания значимых других людей в контексте социальной ситуации взаимодействия. Исторические основы данного метода находятся в психоаналитической парадигме исследования, где сбор информации и анализ свободных ассоциаций — известная техника для того, чтобы понять бессознательную часть структуры психики. Кроме того, подобные методы применялись для изучения представлений о себе. Например, методика М. Куна «Кто Я».

Данный метод позволяют собрать богатый материал, который может быть качественно и количественно проанализирован [12, 3]. Данный метод сохраняет многие преимущества анкет и опросов, например, их формальный характер и способность собрать большое количество измеряемых данных. Полученные ассоциации анализируются с целью объяснить и точно описать социальные представления по четырем параметрам: семантическое содержание социального представления, социальные понятия, лежащие в основе организации семантического содержания, характеристики семантической области и центральное ядро. Получение знания об этих четырех аспектах социального представления важны, чтобы понять его структуру и содержание [1]. Ассоциации, которые являются самыми характерными для социального представления и называются в первую очередь входят в ядро социальных представлений и составляют концептуальные основы мнения опрашиваемых о феномене.

Результаты исследования

В структуре социальных представлений можно выделить ядро анализируемых понятий — стереотипы, имеющие наибольшее распространение в социальной группе.

В структуре социальных представлений врачей ядро понятий составляют качества:

«Пациент»: нудный, беспокойный, растерянный, злой, плаксивый, безответственный, послушный, требующий, аккуратный, понимающий, требующий, аккуратный, понимающий, приветливый, контактный, наглый, больной

«Идеальный пациент»: приветливый, контактный, спокойный, выздоравливающий, послушный, понимающий, ответственный, любознательный, щедрый, внимательный.

«Врач»: интеллигентный, образованный, аккуратный, чуткий, внимательный, опытный, ответственный, доброжелательный.

«Идеальный врач»: образованный, доброжелательный, опытный, интеллигентный, внимательный, чуткий, ответственный, начитанный

Представления врачей о реальном и идеальном пациенте противоречивы. В них присутствуют противоположные характеристики: «ответственный — безответственный», «беспокойный — спокойный», «больной- выздоравливающий», «послушный — требующий», именно они составляют источник противоречия в конфликте ожиданий врача и препятствует конструктивному взаимодействию врача с пациентом. Выявлены совпадения в качествах «понимающий», «контактный», что является предпосылкой для конструктивного взаимодействия врача и пациента. Подтверждает идею о конфликте ожиданий и то, что «Идеальный пациент» наделен в представлении врача положительными качествами: ответственный, приветливый, послушный, понимающий, контактный.

У пациентов ядро представлений составляют следующие качества:

«Пациент»: аккуратный, ведомый, послушный, веселый, ворчливый, грустный, изможденный, исполнительный, надоедливый, страдающий, требующий, тревожный, отзывчивый, рассудительный, нудный

«Идеальный пациент»: послушный, вежливый, доброжелательный, добрый, здоровый, некурящий, непьющий, уравновешенный, спокойный

«Врач»: адекватный, внимательный, грамотный, образованный, добрый, злой, раздражительный, опытный, ответственный, тактичный, вежливый

«Идеальный врач»: адекватный, аккуратный, внимательный/заинтересованный, добрый, заботливый, опытный, самоотверженный, бескорыстный, вежливый, тактичный, надежный, заслуженный.

Представления о «Пациенте» у пациентов, так же как и у врачей, окрашено преимущественно в негативные тона: больной, тревожный, эмоциональный, требующий, грустный. «Идеальный пациент» вежливый, здоровый, послушный, спокойный, терпеливый. Таким образом, представления пациентов и врачей содержат противоречие в качествах реального и идеального образа пациента. «Пациент» и «идеальный пациент» описываются противоположными понятиями больной-здоровый и тревожный — спокойный. По данным противоречивым качествам представления врачей и пациентов совпадают. Однако есть качества «ответственность» и «исполнительность», которые отличаются в представлениях врача и пациента. Именно они могут составлять противоречие

Таблица 1. Представления врачей и пациентов об идеальных образах друг друга

	Врачи	Пациенты
«Идеальный врач»	Образованный Доброжелательный Опытный Интеллигентный Внимательный Чуткий Ответственный Начитанный	Адекватный Аккуратный Внимательный/заинтересованный Добрый, заботливый Опытный Самоотверженный, бескорыстный Вежливый, тактичный Надежный, заслуженный
«Идеальный пациент»	Приветливый Контактный Спокойный Выздоровливающий Послушный Понимающий Ответственный Любознательный Щедрый Внимательный	Послушный Вежливый/доброжелательный Добрый Здоровый, некурящий.непьющий Уравновешенный, спокойный

Таблица 2. Представления врачей и пациентов друг о друге

	Врачи	Пациенты
«Врач»	Интеллигентный Образованный Аккуратный Чуткий Внимательный Опытный Ответственный Доброжелательный	Адекватный Внимательный Грамотный, образованный Добрый Злой, раздражительный Опытный Ответственный Тактичный, вежливый
«Пациент»	Нудный, ноющий Беспокойный Растерянный Злой Плаксивый Ответственный Безответственный Послушный Требовательный Аккуратный Понимающий Приветливый Контактный Наглый Больной	Аккуратный Ведомый, послушный Веселый Ворчливый Грустный Естественный Изможденный Исполнительный Надоедливый Страдающий Требующий Тревожный Отзывчивый Рассудительный Нудный

в конфликте ожиданий. Врач разделяет ответственность с пациентом, пациент же готов быть только исполнителем в системе отношений с врачом.

Особого внимания при разработке программ, снижающих напряженность в системе отношений врач-пациент требует тот факт, что врач представляет себе пациента в негативных качествах, а именно наглым, безответственным, требующим, плаксивым, нудным, но-

щим, больным. В то же время пациент представляет себе «Врача» преимущественно в положительных качествах.

Представления врачей о «Враче» и «Идеальном враче» по многим качествам совпадают: доброжелательность, ответственность, чуткость, опыт, интеллигентность характеризуют и «Идеального врача» и «Врача». В то же время, отсутствие различий в представлениях о «Враче» и «Идеальном враче» может говорить об отсутствии критично-

сти социальной группы врачей в отношении себя в реальных коммуникациях профессиональной деятельности.

В представлениях пациентов о враче присутствуют противоположные характеристики «злой — добрый». Добрый, внимательный — эти качества совпадают в представлениях пациентов о «Враче» и «Идеальном враче». Представление пациентов о том, что врач злой, раздражительный и агрессивный расходятся с их идеальным образом врача «добрый» и «внимательный», и это препятствует конструктивному взаимодействию пациента с врачом. Необходимо заметить, что в представлениях врачей не имеется в представлениях о себе таких негативных характеристик. Именно эти качества составляют противоречие в конфликте ожиданий пациентов.

В обеих социальных группах имеются схожие представления об идеальном враче и идеальном пациенте (таблица 1).

Однако в представлениях врачей об «Идеальном враче» прослеживается преобладание профессиональных качеств (опытный, образованный, начитанный), в то время как в образе «Идеального врача» у пациентов преобладают коммуникативные качества (внимательный, вежливый, чуткий, добрый, заботливый). В реальной жизни это подтверждается врачебной позицией: «Вы хотите грамотного специалиста, который не будет делать вам реверансов, но спасет вам жизнь или приятно в общении, но некомпетентного специалиста?». Такая позиция не способствует конструктивному диалогу, так как в ней противопоставляются два профессионально важных качества, которые общество в лице пациента хочет видеть у врача. А нежелание врачебного сообщества развивать коммуникативные навыки становится источником конфликтного взаимодействия с пациентами.

То, что источник конфликтности во взаимодействии врача и пациента находятся в области их коммуникации, подтверждает и тот факт, что пациенты в своих представлениях о враче включают профессиональные качества (таблица 2) при отрицательных коммуникативных качествах: «злой» и «раздражительный».

Выводы

Выявленное ядро социальных представлений «врач/идеальный врач» и «пациент/идеальный пациент» врачей и пациентов позволяет выделить психологические причины возникновения напряженности в системе отношений «врач-пациент», противоречие, лежащее в основе конфликта ожиданий. При этом негативное восприятие пациента врачом является основой для неконструктивного взаимодействия, своеобразной установкой на негативный образ пациента, ожидание от пациента негативных эмоций, что может предопределить весь процесс коммуникации. Аналогично и представления пациентов о том, что врач злой, раздражительный и агрессивный (идеальный образ «добрый» и «внимательный») препятствует адекватному взаимодействию пациента с врачом.

Наличие положительных качеств «приветливый», «понимающий», «контактный» в представлениях врача об «Идеальном пациенте» и «Пациенте» может стать предпосылкой для конструктивного взаимодействия врача с пациентом даже в условиях объективных противоречий.

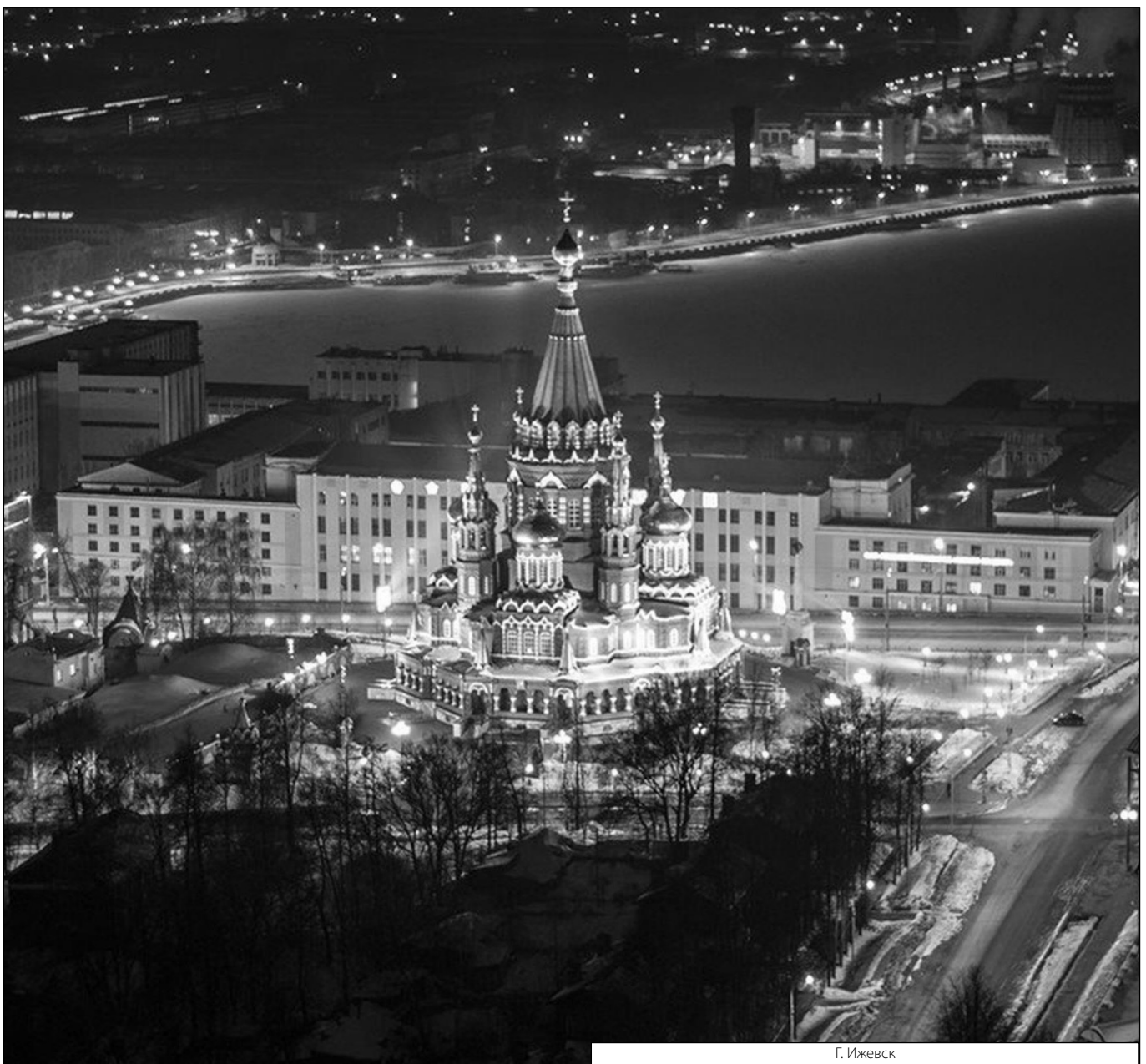
Выявлено преобладание профессиональных качеств в представлениях врачей об «Идеальном враче», в то время как группа пациентов в представлениях об «Идеальном враче» выделяет коммуникативные качества. Данный факт свидетельствует о высокой потребности пациента во внимательном, доброжелательном враче, конструктивном диалоге. Современная реальность настоятельно требует развития у врачей навыков эффективного коммуникативного взаимодействия. Изменяя свое поведение в ходе взаимодействия с пациентом, врач может повлиять на поведение пациента по мере развития взаимодействия и в итоге изменить представления пациента о враче, что в свою очередь изменит его поведение и повлияет на представления врача о пациенте. Оставаясь на позиции развития только профессиональных качеств врачебное общество рискует усугубить пропасть негативных представлений как пациентов о врачах, так и врачей о пациентах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abric, J.-C. (ed.) (1994). *Méthodologie de recueil des représentations sociales, Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
2. Бендюков М. А. Психология трудового конфликта: учеб. пособие. — СПб.: Петербургский гос. ун-т путей сообщения, 2011
3. Бовина И. Б. Социальные представления о здоровье и болезни: структура, динамика, механизмы Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора психологических наук. М., 2009. — 48 стр.
4. Буценина И.И., Бурина Е. А., Грандилевская И. В. Психологические особенности врачей-гематологов и образ их «идеального» пациента. //Интерактивная наука — 2016 <https://interactive-science.media/ru/keyword/98712/articles>
5. Георгиевский А. С. Проблема гуманизма в медицине // Общество и здоровье человека / А. С. Георгиевский, Н. С. Бобров. — М., 1973 — С. 300–314.
6. Главатских М. М. Взаимосвязь образа конфликтной ситуации с поведением в конфликте: дис. — Ярославль, 2003.

7. Гришина Н. В. Психология конфликта. СПб., 2000.
8. Емельянова Т. П. Социальное представление — понятие и концепция: итоги последнего десятилетия // Психологический журнал. 2001. Т. 22. No. 6. С. 39–47.
9. Леонов Н. И. Конфликтология: учеб. пособие // М.: МПСИ. — 2006.
10. Леонов Н. И., Главатских М. М. Психология социального мира Ижевск. — 2006.
11. Московичи С. Методологические и теоретические проблемы психологии // Психологический журнал, 1995, том 16, № 2. — С. 3–14
12. Реверчук И. В., Главатских М. М., Миклин Д. Н. Применение психосемантических методов в диагностике психоэмоционального статуса ближайших родственников онкобольных // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». — 2018. — Т. 20. — № 5.
13. Сидоров П. И., Парняков А. В. Введение в клиническую психологию в 2-х т. // Под редакцией профессора В. В. Макарова. Екатеринбург: Деловая книга, 2000 <http://medbookaide.ru/books/fold1002/book2105/p83.php>
14. Социальная психология: Хрестоматия: Учебное пособие для студентов вузов/Сост. Е. П. Белинская, О. А. Тихомандрицкая. — М: Аспект Пресс, 2003

© Главатских Марианна Михайловна (ni-hao@mail.ru), Помыткина Татьяна Юрьевна (lampa27-3@mail.ru).
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Ижевск