

УДК 614.254.3:316.77(045)

## КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ПОМОЩЬ КАК ВИД СОЦИАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ

Андрянова Е.А., Иорина И.Г.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава им. В.И. Разумовского»,

Саратов, e-mail: maslyakov@inbox.ru;

ГУЗ «Областная офтальмологическая больница», Саратов

В проблемном поле социологии медицины консультативная помощь рассмотрена как социальное взаимодействие (коммуникация), в ходе которого осуществляются передача и получение смысловой и оценочной информации, воздействующей на поведение пациента, а также на его отношение к социальным ценностям, сопряженным с ценностью здоровья. Коммуникатором при оказании консультативной помощи выступает врач и медицинский персонал, реципиентом – пациент. Объектом консультативной коммуникации является состояние здоровья пациента, а предметом – отображающее его сообщение. Каналом служит преимущественно устная речь. Специфичным для данного вида коммуникации является специализированный характер информации: для коммуникатора имплицитным кодом коммуникации является язык медицинской науки, малопонятный пациенту. Наиболее значимы для пациента психофизиологический, психологический и социальный барьеры.

**Ключевые слова:** консультативная помощь, коммуникация

## COUNSELING AS A FORM OF SOCIAL COMMUNICATION

Andrianova E.A., Iorina I.G.

Saratov State Medical University named by V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: maslyakov@inbox.ru;

Saratov Regional Ophthalmological Hospital, Saratov

In the problem field of sociology of medicine counseling can be viewed as social interaction (communication), during which the transmission and reception of meaning and evaluating data that affects the patient's behavior and attitude toward social values, associated with the value of health occurs. While counselling physician and medical staff act as communicator, patient acts as the recipient. The object of communication is patient's health and the subject of communication is doctor's message. The channel is predominantly spoken language. Specific to this type of communication is a specialized type of information: the communicator uses the language of medical science that is not comprehensible for the patient. The most significant for patient are psycho-physiological, psychological, and social barriers.

**Keywords:** counseling, communication

Консультативная помощь является неотъемлемым элементом лечебно-профилактической помощи. В проблемном поле социологии медицины консультативная помощь может быть рассмотрена как социальное взаимодействие, в ходе которого осуществляются передача и получение смысловой и оценочной информации, воздействующей на поведение пациента, а также на его отношение к социальным ценностям, сопряженным с ценностью здоровья. Рассмотрение консультативной помощи как акта социальной коммуникации позволяет вычленить ее структуру и функциональные особенности.

**Целью работы** является рассмотрение консультативной помощи как вида социальной коммуникации.

### Материалы и методы исследования

Работа выполнена на основе коммуникационного подхода.

### Результаты исследования и их обсуждения

Термин «коммуникация» (лат. communicatio, от communico – делаю общим, связываю, общаюсь) изначально применялся

для обозначения путей сообщения, транспорта, связи, сетей подземного городского хозяйства. Постепенно в языке науки термин «коммуникация» стал обозначать средство связи любых объектов мира. По мнению Ф.И. Шаркова, термин «коммуникация» вошел в научную рефлексию в начале XX века для фиксации системы, в которой осуществляется воздействие, процесса взаимодействия и способов общения, позволяющих создавать, передавать и принимать разнообразную информацию [5]. Для социологического мышления это парадигмально весьма близкий концепт, поскольку вся социальная динамика (как предмет социологии) и есть процесс взаимодействий.

Рассмотрение консультативной помощи как социальной коммуникации позволяет четко фиксировать роли участников интеракции и ее результат. Как известно, в качестве основных компонентов коммуникационного процесса выделяют:

- 1) субъектов коммуникационного процесса – коммуникатор (отправитель сообщения) и реципиент (получатель);
- 2) средства коммуникации – код, используемый для передачи информации

в знаковой форме (слова, картины, графики и т.п.), а также каналы, по которым передается сообщение (письмо, телефон, радио, телеграф и т.п.);

3) предмет коммуникации (какое-либо явление, событие) и отображающее его сообщение (статья, радиопередача, телевизионный сюжет и т.п.);

4) эффекты коммуникации – последствия коммуникации, выраженные в изменении внутреннего состояния субъектов коммуникационного процесса, в их взаимоотношениях или в их действиях [2].

Соответственно консультативная помощь может быть рассмотрена как процесс социальной коммуникации, реализующейся в серии локальных взаимодействий, в котором медицинский персонал играет роль коммуникатора, пациент – реципиента, здоровье пациента выступает предметом сообщения, а изменения в поведении пациента, обеспечивающие изменение качества жизни – эффектами коммуникации.

Коммуникация между врачом и пациентом в ходе оказания консультативной помощи осуществляется в жестких формальных рамках. Возникновение их обусловлено специфическим характером медицинской деятельности, повышенной степенью социальной ответственности врача. Поскольку деятельность врача предполагает наличие узкоспециальных знаний, мотивы его решений непрозрачны для пациента, а мотивация к обращению за врачебной помощью весьма высока. Пациент, желая лечения и выздоровления, не знаком ни с характером болезни, ни с состоянием своего собственного организма, ни с предсказанием исхода болезни. В итоге риск возможных злоупотреблений положением пациента оказывается слишком велик. Поэтому с самых ранних этапов профессионализации медицинской деятельности она четко формализуется.

Таким образом, существенной характеристикой консультативной помощи как социальной коммуникации является ее институциональный характер. Коммуникатор всегда выступает представителем института медицины, а реципиент выступает в роли пациента. Институциональная роль является одним из базовых элементов социального института. Так, согласно Я. Щепаньскому, сущность социального института может быть раскрыта через следующие характеристики:

1) каждый институт имеет свою *цель* деятельности;

2) он четко определяет *функции, права и обязанности* участников институализированного взаимодействия для достижения поставленной цели;

3) каждый выполняет свою устоявшуюся, традиционную для данного института

социальную роль, функцию в рамках данного института, благодаря чему все остальные имеют достаточно надежные и обоснованные ожидания; социальный институт обладает определенными *средствами и учреждениями* для достижения цели (могут быть как материальными, так и идеальными, символическими);

4) институт располагает *определенной системой санкций*, обеспечивающих поощрение желаемого и подавление нежелаемого, отклоняющегося поведения [6].

Анализ принятия человеком роли как сложного процесса, включающего коммуникацию, замещающую идентификацию с другим человеком и проекцию на него своих собственных тенденций неведения, содержится в работах А. Шюца, Р.Г. Тернера, Р. Уильямса и других представителей феноменологической школы. Вместе с тем отмечалось, что свобода индивидов в построении их ролей зависит от характера занимаемой ими позиции и варьируется в диапазоне от полюса формализованных бюрократических ролей с минимум импровизации до полюса неопределенных ролей (родители, друзья).

Овладение социальной ролью врача реализуется через профессионализацию – процесс, в ходе которого индивид, овладевший определенными навыками, знаниями и умениями, реализует их в ходе своей деятельности в рамках определенной социальной общности. Характер социального разделения труда, статус профессионалов, атрибуты осуществляемой ими деятельности и самосознание составляют основные элементы модели профессионализации, типичной для того или иного этапа развития общества [1].

Сегодня формальное регулирование ролей врач-пациент использует этический и юридический механизмы нормотворчества. В целом, ценностно-правовые нормы, регулирующие роли врача и пациента, выражены в так называемых этических моделях отношений врача и пациента. Схематично их можно охарактеризовать следующим образом:

1. Модель Гиппократ («не навреди»). Опирается на знаменитую «Клятву», в которой Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом. Согласно этой модели врач должен завоевать социальное доверие пациента.

2. Модель Парацельса («делай добро»). Предполагает патернализм – эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. Патернализм выстраивал отношения врача и пациента по клерикальной модели отношений духовного наставника и послушника. Сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием вра-

ча, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, поскольку исходит от Бога. Принципиальная особенность патернализма – асимметрия отношений, в рамках которых врачу отводится роль субъекта, а пациенту – роль объекта.

3. Деонтологическая модель (принцип «соблюдения долга»). Эта модель в центре отношений врача и пациента ставит моральный долг врача и предполагает строжайшее выполнение предписаний морального порядка, с устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Биоэтика (принцип «уважения прав и достоинства человека»).

4. Биоэтическая модель. Биоэтическая модель устраняет асимметрию в отношениях врача и пациента через введения принципа автономии, ставшей центральным моральным правом компетентного пациента. Принцип автономии личности основан на единстве прав врача и пациента и предполагает их взаимный диалог, в ходе которого право выбора и ответственность не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом. В Российской Федерации юридически закреплена биоэтическая модель отношений врач-пациент (Ст. 30 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года).

Важно отметить, что к коммуникаторам могут быть отнесены не только врачи, но и средний медицинский персонал. В первую очередь это медицинские сестры. Нормативное конструирование ролей медицинской сестры дублирует характерные для врачей нормы в части отношения с пациентом, предполагая иерархичность отношений врач – медицинская сестра.

Обычно этические модели отношений врача и пациента рассматривают в хронологическом порядке, как сменяющие друг друга. Во многом это связано с отказом от нейтрального отношения к медицинскому патернализму, характерного для подхода Парсонса, и критике патернализма со стороны Кэмпбелла, Луна, Сигера, Витча и других. Вместе с тем многие исследователи отмечают, что патернализм имманентно присущ российской модели медицины. В исследовании О.А. Чеботаревой доказывается, что ролевой патернализм в медицине не является пройденным этапом, а играет роль базовой модели в силу психологической естественности для врача и пациента [4].

Вероятно, модели отношений врач-пациент комплиментарны. Одна из них фиксируется на формальном уровне, другие действуют как неформальные правила и установки. Профессионализация медицины динамична, взаимопереходы профес-

сиональных ролей в социальные роли и наоборот закономерны [1]. Окончательно и однозначно модель социальных ролей врача и пациента закреплена быть не может.

Реципиентом коммуникации при оказании консультативной помощи выступает пациент. Очевидно, что социальная роль больного формализуется в ходе прогрессирования медиализации. Социальная роль больного, изначально неформальная, локализуется в пространстве и во времени через деятельность учреждений здравоохранения, а ролевые ожидания пациента вытекают из требований социального окружения и ориентированы на выздоровление (личный интерес пациента) и возможность полноценно исполнять социальные роли (общественный интерес). С.А. Ефименко справедливо отмечает, что социализация пациента начинается с первых лет жизни и может продолжаться как до окончания взросления, так и прижизненно, испытывает влияние со стороны трудовой, общественно-политической и познавательной деятельности индивида и раскрывается через выработку типовых поведенческих актов. Соединение знаний, убеждений и практических действий образует характерные черты и качества, свойственные тем или иным типам пациентов. Главными агентами такой специализированной социализации выступают институты семьи и медицины, формирующие систему ценностей, традиции, социальные нормы и правила поведения в сфере здоровья [3].

Объектом консультативной коммуникации является состояние здоровья пациента, а предметом – отображающее его сообщение. Каналом служит преимущественно устная речь. Специфичным для данного вида коммуникации является специализированный характер информации: для коммуникатора имплицитным кодом коммуникации является язык медицинской науки, малопонятный пациенту. Поэтому коммуникатор должен в ходе консультации осуществить «дешифровку» сообщения на обыденный язык, учитывающий личностные и социально-демографические особенности восприятия реципиента.

Можно сказать, что вся система институализации медицины обеспечивает понимание между врачом и пациентом. Понимание является результатом консультативной помощи и базовым эффектом коммуникации. На его основе пациент принимает решение и меняет свое поведение. С одной стороны, пациент находится в ситуации, когда для него является затруднительным объективное понимание значения происходящего с ним. В его отношении к ситуации присутствуют личностные смыслы, которые фактически и управляют его поведением.

Именно поэтому пациента нельзя считать пассивным объектом медицинского вмешательства, Эффективность лечения далеко не в последней степени зависит от того, рассматривается ли пациент как «организм», или же личность, обладающая социальными и психологическими потребностями. Удовлетворенность нужд пациента является результатом согласования системы потребностей в здоровье и личностных predispositions с субъективной оценкой практических возможностей реализовать их в конкретной системе здравоохранения.

В последние годы проблема понимания все чаще решается с привлечением коммуникативного аспекта компетентностного подхода. Действительно, профессия врача – это одна из немногих профессий группы «человек-человек», требующих совершенного владения приемами и способами эффективного общения. При этом круг профессиональных партнеров по общению весьма велик, к нему относятся сами пациенты, их родственники, коллеги. Целью же коммуникации является достижение взаимопонимания, необходимого при решении не только лечебно-диагностических задач, но и личностных и семейных проблемных ситуаций, способных оказывать существенное влияние на исход конкретного заболевания и качество жизни человека в целом.

Как поведенческая стратегия, коммуникативная компетенция базируется на умении продуктивно общаться с собеседником, избегая конфликтных ситуаций, строить конструктивные отношения, достигать комплаентности при обсуждении с пациентом вопросов назначения диагностических и лечебных вмешательств, способности оказать посильную помощь в разрешении его семейных и личных проблем. Кроме того, понятие коммуникативной компетенции включает в себя владение определенными нормами общения, поведения, как результат усвоения различных этнических и социально-психологических эталонов, поведенческих стереотипов, стандартов.

Проблема коммуникативной компетентности пациента также может быть сформулирована в рамках социологии медицины. Данная тема требует самостоятельного исследования, однако, в первом приближении можно отметить, что коммуникативная компетентность пациента формируется стихийно и испытывает детерминацию со стороны барьеров коммуникации, характерных для наличных у пациента заболеваний.

Коммуникационный подход позволяет фиксировать препятствия, возникающие на пути понимания, интерпретируя их как барьеры коммуникации. Барьеры коммуникации – помехи, мешающие осуществлению контактов и взаимодействию между комму-

никатором и реципиентом. Они препятствуют адекватному приему, пониманию и усвоению сообщений в процессе осуществления коммуникативных связей.

Принципиально значимы для коммуникативной компетентности пациента психофизиологический, психологический и социальный барьеры. Однако следует иметь в виду, что психофизиологический барьер может действовать комплексно, исключая возможность использования тех или иных технических средств и иницируя конкретные психологические и социальные барьеры. Для изучения барьеров коммуникативной компетентности пациента представляется оправданным привлечение эмпирического материала и методик исследования качества жизни того или иного контингента больных.

### Выводы

Консультативная помощь, рассмотренная как вид социальной коммуникации, интерпретируется как коммуникативная цель с четкими функциональными характеристиками всех базовых элементов. Такой ракурс рассмотрения позволяет повысить ее эффективность и разработать гибкие стратегии ее оптимизации.

### Список литературы

1. Андриянова Е.А. Социальные параметры формирования профессионального пространства медицины: дис. ... д-ра социол. наук. – Саратов, 2006.
2. Голуб О.Ю., Тихонова С.В. Теория коммуникации. – М.: Дашков и К°, 2011. – 388 с.
3. Ефименко С.А. Социология медицины: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. – М., 2007. – 48 с.
4. Чеботарева О.А. Патернализм в отечественной медицине: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Волгоград, 2006. – 24 с.
5. Шарков Ф.И. Основы теории коммуникации. – М.: Перспектива, 2002. – 246 с.
6. Щепаньский Я. Элементарные понятия социологии / пер. с польск. В.Ф. Чесноковой; ред. и вступ. ст. Р.В. Рывкиной. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1967. – 247 с.

### References

1. Andriyanova E.A. Sotsialnye parametry formirovaniya professionalnogo prostranstva meditsiny. Diss. na sois. uch. st. d-ra sotsiol. nauk. Saratov, 2006.
2. Golyb O.Yu., Tikhonova S.V. Teoriya kommunikatsii. M.: Dashkov i K°, 2011. 388 p.
3. Efimenko S.A. Sotsiologiya meditsiny. Diss. na sois. uch. st. d-ra sotsiol. nauk. M., 2007. 48 p.
4. Chebotareva O.A. Paternalizm v otechestvennoi meditsiny. Avtoref. na sois. uch. st. kandidata nauk. Volgograd, 2006. 24 p.
5. Sharkov F.I. Osnovy teorii kommunikatsii. M.: Perspektiva, 2002. 246 p.
6. Shepanskiy Ya. Yulementarye ponyaiya sociologii / Per. S polsk. V.F. Chernokovoi; Red. i vstup. st. R.V. Ryvkinoi. – Novosibirsk: Nauka. Sib. otd-nie, 1967. 247 p.

### Рецензенты:

Тихонова С.В., д.филос.н., профессор кафедры связей с общественностью ФГБОУ ВПО «СГСЭУ», г. Саратов;

Масляков В.В., д.м.н., профессор кафедры хирургии ГОУ ВПО Саратовский военно-медицинский институт МО, г. Саратов.

Работа поступила в редакцию 14.05.2012.