

Лапина С.В.¹, Селиванова Т.В.²

¹Академия управления при Президенте Республики Беларусь, г. Минск, Беларусь

²Учреждение здравоохранения «Борисовская ЦРБ», г. Борисов, Беларусь

ЭФФЕКТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В СИСТЕМЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» И ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНСА

Рассматриваются пути совершенствования экономических, психологических и социальных методов межличностного общения и предложения по оптимизации коммуникационной политики в учреждениях здравоохранения Беларуси.

Lapina S.V.¹, Selivanava T.V.²

¹Academy of Public Administration under the aegis
of the President of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

²Borisov Central Hospital, Borisov, Belarus

THE EFFECTIVE DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION AND DE- VELOPMENT OF COMPLIANCE

This article is devoted to the ways of improving the economic, psychological, and social methods of interpersonal communication, as well as optimizing communication policies in health institutions of Belarus.

Коммуникативные процессы, происходящие в современном здравоохранении, естественным образом отражают общие социальные процессы, характеризующие развитие общества на современном этапе. В настоящее время мы имеем дело с социумом, меняющим достаточно быстро свои качественные характеристики в связи с усложняющейся социально-культурной динамикой глобализирующего мира. Соответственно население вынуждено адаптировать свои умения и чаяния к постоянно возникающим инновациям, к открывающимся дополнительным сферам деятельности, что ведет к радикальным изменениям в жизнедеятельности людей.

В условиях развитого информационного пространства упрощен доступ населения к специальной медицинской литературе. Пациент часто склонен к самолечению, имеет повышенный интерес к парамедицине и не согласен с назначениями врачей. Пациент стал более требовательным. Данное обстоятельство затрудняет работу медиков. На этом фоне особенно важны человеческие аспекты взаимоотношений врача и пациента, в частности, внимание к пациенту и его особенностям [1]. Таким образом, коммуникативная компетентность становится важнейшим показателем качества современного здравоохранения.

Если раньше отношения «врач-пациент» строились на сугубо патерналистской основе (врач лечил, а пациент беспрекословно выпол-

нял все назначенные ему предписания), то теперь больной должен стать для врача уже не просто пациентом, запуганным непонятными ему действиями, указаниями и терминологией. Согласно модели мира здоровья эти отношения должны строиться как «чтение» врачом жизненного мира пациента [2].

Однако патернализм в отношениях «врач–пациент» по-прежнему остается наиболее распространенной моделью взаимоотношений в системах здравоохранения европейских стран.

В настоящее время мы достаточно остро столкнулись с проблемой комплаентности (от англ. compliance), что означает приверженность лечению – степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача [3, 4].

В доступной литературе отсутствуют стандартизированные шкалы для оценки комплаенса пациентов по ряду заболеваний (гипертоническая болезнь, ожирение и др.), которые могли бы позволить врачу оценить уровень приверженности пациента к лечению.

Для большинства заболеваний адекватной приверженностью считается уровень не менее 80% – то есть 20% приемов препаратов пациент может пропустить без существенного вреда для здоровья. Однако для ряда заболеваний и схем лечения существуют более строгие нормы, например: для высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции максимальный уровень неприверженности составляет 5%, т. е. вчетверо ниже.

При хронических заболеваниях комплаенс ниже, чем при острой патологии, где лечебный эффект достигается быстрее. По данным ВОЗ, около 50% пациентов с хроническими заболеваниями не выполняют медицинских рекомендаций [5].

Обеспечение приверженности лечению актуально для всех возрастных, социальных и нозологических групп, но особенно значимо для пожилых пациентов, которые зачастую обременены целым рядом заболеваний, вследствие этого получают целый ряд препаратов, и в то же время зачастую имеют сниженную память и стеснены материально в покупке лекарств за свой счет. Кроме того, почти половина пожилых пациентов испытывает затруднения в понимании инструкций по приему лекарств, которые получает от врача. По данным ряда исследований, недостаточная приверженность назначенной врачом терапии имеется у 26-59% пожилых пациентов, а большинство вмешательств увеличивают приверженность лечению чуть более чем на 10%, в то же время являясь достаточно затратными по времени или слишком сложными для внедрения в повседневную практику. Все это делает крайне

актуальным поиск новых путей по увеличению приверженности лечению, особенно среди пожилых пациентов.

Таким образом, причины комплаентности (уровня приверженности) различные: это и демографические причины; и причины, связанные со схемой лечения и препаратами; причины, связанные с болезнью; с самим пациентом, но наиболее актуальные – причины, связанные с взаимодействием врач-пациент. В этой системе отражается престиж лечения и медицины в обществе в целом и в глазах пациента, в частности.

Если пациент не уважает врача и медицинское сообщество, то низкий уровень доверия будет подрывать комплаентность. Здесь важны не только профессиональные качества врача, но и умение строить межличностные взаимоотношения, проявляя эмпатию.

Следовательно, некомплаенс – это проблема межличностной коммуникации в здравоохранении. А эффективная коммуникация врач-пациент – основа комплаенса (таблица).

Таблица – Сравнение двух коммуникационных методов

	Коммуникации с помощью технических средств	Межличностные коммуникации
Цель	Делопроизводство в здравоохранении	Создание оптимальной эмоциональной среды
Типичный канал	Вербальные	Невербальное
Язык	Символическая абстракция	Знаковые аналогии
Намерение	В первую очередь преднамеренные	Часто спонтанные
Оценка источника	Эксперт наблюдатель	Жизненный опыт участников
Сфера медицинской практики	Наука медицины	Искусство медицины

Системе здравоохранения отводится центральная роль в контроле соблюдения пациентом медицинских рекомендаций лечебно-профилактического и оздоровительного характера. Поэтому доверие и взаимодействие – два важных условия для того, чтобы пациент стал более ответственно относиться к медицинским рекомендациям [6]. Доверительные партнерские отношения, основанные на совместном принятии решений и детальном обсуждении проблемы, помогают пациенту лучше осознать своё состояние и взвесить все риски и преимущества лечебно-профилактических мероприятий [7]. Степень доверия врачу положительно коррелирует с согласием на применение новых методов лечения и профилактики заболеваний, намерением следовать

врачебным предписаниям, эффективностью лечения и улучшением здоровья. Среди пациентов, у которых не сложились отношения с врачом, риск невыполнения рекомендаций врача на 19% выше, чем у лиц, не испытывающих данной проблемы. В условиях эффективного взаимодействия врача со своим пациентом шансы на улучшение приверженности лечению и оздоровление образа жизни возрастают в 2,26 раза [6].

Как правило, молодежь оценивает работу учреждений здравоохранения более критично, чем пожилые. С одной стороны, молодые люди реже обращаются за медицинской помощью и, следовательно, имеют лишь небольшой позитивный опыт взаимоотношений с системой здравоохранения. С другой стороны, более образованные и информированные пациенты ожидают более внимательного отношения к себе и личного участия в обсуждении возникших у них проблем. Молодые пациенты хотят располагать полной информацией о состоянии своего здоровья и разделять ответственность за принятие решения в плане выбора методов диагностики и лечения. Новое поколение приветствует развитие информационных технологий в медицине, положительно оценивает предоставление выбора в способах доступа к услугам здравоохранения, выступает за равноправные и сотруднические взаимоотношения между врачом и пациентом [9].

Доказана линейная связь между уровнем грамотности в вопросах здоровьесбережения и степенью соблюдения медицинских рекомендаций. Просветительная работа среди молодежи способна повысить компетентность в вопросах здоровьесбережения, улучшить приверженность лечебно-профилактическим мероприятиям и здоровому образу жизни. Однако в половине случаев информационно-просветительная работа с пациентом не приносит ожидаемых результатов. Это может быть обусловлено формированием у пациента лишь теоретических представлений о пользе лечебно-профилактических мероприятий без модификации образа жизни в реальной жизни [10].

Ориентированная на пациента модель здравоохранения выделяет основные особенности коммуникаций в области здравоохранения, опирающиеся на базовые навыки общечеловеческого общения, такие как активное слушание, сочувствие (эмпатию), как на способ реагирования на индивидуальные потребности, ценности и предпочтения отдельных пациентов. Создание коммуникативного комфорта выступает существенным средством оптимизации процесса межличностной коммуникации и связано с завоеванием расположения собеседника, умением ему понравиться, сохранением его «лица» при защите соб-

ственного. При условии успешного установления, поддержания и «размыкания» речевого контакта, возможна реализация данной задачи.

Показателями успешности межличностной коммуникации являются:

- эффективность (достижение коммуникантами своих целей);
- уместность (нормативность действий коммуникантов, их соответствие ситуации, ее требованиям и коммуникативным ожиданиям партнера);
- коммуникативный комфорт, то есть благоприятная обстановка общения.

Следует отметить, что социологические опросы являются одним из наиболее индикаторных методов оценки качества медицинской помощи. Таким образом, изучается мнение пациентов о результатах лечения, отношении к ним персонала медицинских учреждений, необходимости оплачивать лечение, условиях пребывания в организациях здравоохранения.

Результаты исследования убедительно показали, что интериоризация (переход) социальных представлений о качестве медицинской помощи в значительной мере происходит под влиянием межличностных отношений пациента и контактного персонала здравоохранения, оказывающего данную услугу.

Н.Луман подчеркивал, что если отношения между людьми характеризуются в большей степени понятием «доверие», то в отношениях между людьми и социальными институтами правильнее говорить об «уверенности», основанной на предположении об изначальной предзаданности определенной стратегии поведения. Такого рода индикатором уверенности в отношении социальных институтов (системы здравоохранения) служит оценка пациентами ее эффективности.

Одним из важных путей улучшения качества медицинской помощи является повышение культуры общения, так как заметная доля негативных впечатлений (8,4%) от взаимоотношений с медицинскими работниками значительно снижает оценку, даваемую пациентами качеству медицинских услуг, предоставляемых учреждениями здравоохранения. В целом удовлетворены качеством медицинской помощи 91,6% пациентов, доступностью медицинской помощи – 87,4% (данные автора).

Таким образом, уровень удовлетворенности пациентов работой системы охраны здоровья довольно высок, гораздо выше, чем многих других социальных институтов. Тем не менее, удовлетворенность, являющаяся результатом исполнения ожиданий, зависит не только от

технических возможностей современной медицины и организационных механизмов предоставления помощи, но и от множества культурных, экономических и социальных факторов.

Врач, который умеет объяснять, слушать и сопереживать может оказать значительное влияние на биологические и функциональные показатели здоровья, а также на удовлетворённость пациентов полученным медицинским рекомендациям.

Специалисты системы здравоохранения, представители медицинских и социальных наук должны приложить усилия для перехода от инструментальных, стратегических и целерациональных подходов к обеспечению здоровья в рамках модели «субъект-объект» (если использовать хабермасовскую терминологию) к новой модели медицинской межсубъектной (межличностной) коммуникации между врачом и пациентом на основе взаимного понимания и сотрудничества.

Литература:

1. Жарко, В.И. Здоровье нации – необходимое условие стабилизации экономики / В.И. Жарко // Проблемы управления. – 2015. – № 1(54). – 80 с.
2. Реферативный журнал. Социально-гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература Серия 11 Социология 2011-3 стр. 5-16, 21-27, 32-57 Медицинская социология. «Миры здоровья». Теория систем Н. Лумана. Интеракция «врач-пациент».
3. Clark, P. A. Medical practices' sensitivity to patients' needs: Opportunities and practices for improvement / P. A. Clark // Journal of Ambulatory Care Management. – 2003. – № 26 (2). – P. 110-123.
4. Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report / F. D. Duffy [et al.] // Academic Medicine. 2004. – № 79. P. 495-507.
5. Данилов, Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10. – № 1. – С. 4-8.
6. Piette JD, Heisler M, Krein S. The role of patient-physician trust in moderating medication nonadherence due to cost pressures. Arch Intern Med 2005; (165). – P. 1749-1755.
7. Cooper LA, Roter DL, Bone LR. A randomized controlled trial of interventions to enhance patient-physician partnership, patient adherence and high blood pressure control among ethnic minorities and poor persons. Implement Sci 2009; (19). – P. 4-7.
8. Фоменко, А. Г. Удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи и их ожидания относительно перспектив развития здравоохранения / А. Г. Фоменко // Медицинские новости. – 2011. – № 11. – с. 31-38.
9. Зелионко, А.В., Использование компетентного подхода к оценке медицинской информированности и приверженности городских жителей здоровому образу жизни / А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева // Профилактическая и клиническая медицина 2014; 53 (4). – С. 42-48.