

КОММУНИКАТИВНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧА КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ КОМПЛАЕНСА

Е. В. ВИНОГРАДОВА

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет»

Аннотация. В статье рассматривается значение коммуникативных навыков лечащего врача в установлении доверительного контакта с пациентом с целью повышения его готовности (комплаенса) к соблюдению медицинских предписаний.

Ключевые слова: коммуникация «врач-пациент», комплаенс, коммуникативные намерения, речевые модели.

DOCTOR'S COMMUNICATIVE COMPETENCE AS THE FACTOR IN IMPROVING COMPLIANCE

E. V. VINOGRADOVA

Summary. The present paper deals with the role of physician communicational behaviour for affect the compliance. The positive doctor-patient relationship is emphasized as the most important factor in improving compliance.

Key-words: doctor-patient communication, compliance, communicative intention, communicability skills.

Проблема коммуникации между лечащим врачом и пациентом имеет много аспектов институционального, медицинского, психологического, социо- и психолингвистического характера и должна рассматриваться в их совокупности. Основное внимание конструктивного разрешения коммуникативной диады «врач-пациент» должно быть направлено на достижение психологического комфорта пациента с целью оптимального решения медицинского вопроса.

Общеизвестно, что неудовлетворительный коммуникативный и психологический контакт между врачом и пациентом может влиять на степень и конструктивность их кооперации и, как следствие, на медицинскую сторону интеракции, приводя к соблюдению/несоблюдению пациентом врачебных предписаний и рекомендаций. Как показывает клиническая практика, данная проблема весьма актуальна. Согласно приводимым в зарубежных источниках данным, 35-40% всех назначаемых врачом медикаментов пациентами не принимаются. Даже прием жизненно важных препаратов лежит ниже отметки в 50%. Из репрезентативных опросов также следует, что среди неиспользованных (утилизированных через аптечную сеть или выбрасываемых медикаментов) 90% были прописаны врачами [4].

Систематическое исследование вопроса соблюдения пациентами врачебных назначений, начатое в начале семидесятых годов прошедшего столетия, привело к использованию в медицинской среде понятия

«комплаенса» или «комплаенности». Изначально оно трактовалось как «лечебное послушание», со временем раздвинув рамки понятийного поля. В расширенном смысле комплаенность стала рассматриваться как готовность пациента активно и осознанно включаться в процесс лечения, сотрудничая по всем вопросам с медперсоналом. Согласно данной интерпретации комплаенс зависит только от пациента, его мотивации, внутренних установок и личностных особенностей. Однако внутренняя установка пациента на лечение и готовность следовать предписаниям врача с целью выздоровления или коррективы состояния здоровья не является стабильным конструктом, а представляет собой сложное, ситуативно изменяемое состояние. Оно определяется не только индивидуальными характеристиками пациента, но и мотивирующими действиями окружения, в частности, лечащего персонала. Из чего следует, что в формировании комплаенса и причин его низкого уровня, как и в создании платформы для соблюдения всех врачебных предписаний не последняя роль должна отводиться лечащему врачу, его коммуникативным компетенциям.

Приняв за основу положение, что комплаенс представляет собой комплексное динамичное интерактивное явление, можно выделить основные взаимодействующие факторы, способные причинно повлиять на степень комплаенса. Условно они могут быть подразделены на пять подгрупп [6]:

- характер заболевания (например, течение: острое/хроническое)
- режим и особенности лечения (постоянно/с перерывами, комплексность назначений, наличие побочных эффектов)
- условия и обстановка лечения (социально-экономические предпосылки)
- взаимоотношения между врачом и пациентом (недостаточная/неудовлетворительная коммуникация)
- характерологические особенности пациента (включая негативный опыт лечения).

Как видно из перечисления влияющих на комплаенс причин, коммуникации отводится не первоочередное место. Однако если трактовать феномен комплаенса как готовность пациента активно/интерактивно способствовать лечению, то данное явление можно рассматривать как индикатор и результат качества коммуникации. Очевидно, что между причинно-следственными факторами снижения/повышения комплаенса и коммуникацией существует прямая взаимосвязь. Но безусловно и то, что непосредственный процесс коммуникации между врачом и пациентом в этой причинно-следственной цепочке в большей мере, чем другие факторы, имеет условно измеряемый характер. В отличие от других факторов, качественные или количественные параметры которых поддаются оценке при определении влияния на комплаенс, процесс коммуникации остается в данном случае примером классического «черного ящика», когда воздействие коммуникации очевидно, но не может быть достоверно оценено и измерено.

Говоря о коммуникативном аспекте повышения комплаенса, следует

уточнить, что вкладывается в понятие «коммуникация». Лежащий в основе латинский глагол *communicare*, означающий «делать общим, делиться своими планами» – (*consilium cum aliquo communico*), «сообща переносить», «сообщать», «советоваться», особенно приложим к коммуникации в медицинской среде. Где главная заповедь *Noli nocere* – «не навреди» реализуется не только делом, но и словом.

Погруженная в институциональный контекст, коммуникация «врач-пациент» имеет функциональные характеристики и речевые модели, определяемые целью беседы (диагностика, информирование, консультация) и областью медицины, в которой оказывается помощь. Существуют речевые техники и клише для ведения первичного приема, сбора анамнеза, сообщения диагноза, назначения лечения, разговора с родственниками пациента и так далее. Стилистика и выбор речевой модели определяется не только типом врачебной беседы, но и личностными характеристиками как врача (профессиональными компетенциями, общей и речевой культурой), так и пациента (возрастом, типом заболевания, когнитивным и культурным уровнем).

Неверно полагать, что коммуникация сводится лишь к вербальной стороне. Установлено, что собственно вербальным сигналам (словам) приписывается 7% воздействия на собеседника. На 38% успех коммуникативного воздействия зависит от фонологических особенностей речи врача - интонационно-ритмического рисунка, громкости голоса, темпа речи, расстановки пауз. И на 55% результат коммуникации определяется невербальными сигналами врача: осанкой, движениями рук, взглядом, жестами, мимикой [7].

К невербальным сигналам, отмечаемым пациентами и воздействующим на восприятие ими лечащего врача и клинической ситуации в целом, относится и так называемый «Staffage» коммуникации: одежда, прическа, аксессуары, макияж лечащего врача. Любопытно, что пациенты отмечают и такие детали, как предметы в карманах врачей [3, с. 7]. Хотя стаффаж не является определяющим моментом в восприятии врача пациентом, его не следует исключать из факторов, действующих в медицинском коммуникативном пространстве и косвенно влияющих на настроение и эмоции пациента и, как следствие, на комплаенс.

При реализации коммуникативных намерений, направленных на повышение комплаенса, врач должен учитывать, что общение с пациентом – это сложный процесс межличностной межкультурной коммуникации, в рамках которого сталкиваются врач-эксперт и пациент-дилетант со своей системой взглядов, представлений, суждений, определяемых множеством обстоятельств. И не все детали и обстоятельства пациент готов озвучить, с одной стороны, из-за недооценки их причинной роли в развитии недуга, с другой стороны, из-за нежелания порицания или осуждения со стороны врача. Задача врача – выявить эти обстоятельства, не вызывая у пациента чувства неловкости.

В качестве примера можно привести ситуацию с пациентами, имеющими проблемы с употреблением алкоголя. Примечательно, что 90%

злоупотребляющих алкоголем пациентов лечатся не у наркологов и психиатров, а в общих отделениях [5, с. 6]. Злоупотребление алкоголем и его этиологическая связь с заболеванием чаще всего пациентами отрицается. Поскольку злоупотребление алкоголем влияет на течение всех заболеваний, повышает вероятность и процент развития осложнений, а также изменяет механизм действия многих медикаментов, выявление данного факта представляется важным как в клиническом, так и в социально-медицинском плане.

Как было уже отмечено, факт злоупотребления алкоголем чаще всего недооценивается или замалчивается. При таких обстоятельствах задача терапевта заключается в коммуникативно корректном определении степени алкогольной зависимости пациента, этиологически влияющей на развитие заболевания, с которым обратился пациент. В ходе беседы врачу необходимо выяснить наличие взаимосвязи между действием алкоголя и появлением беспокоящего пациента симптомокомплекса. Постановка прямого вопроса: *«Вы пьете?»* – изначально способна побудить пациента скрыть или нивелировать данный факт, вызвать у него смущение или настороженность, уменьшая тем самым платформу для дальнейшего комплаенса и не давая врачу информации о связи между употреблением алкоголя и развитием заболевания. Прямой вопрос воспринимается пьющим человеком, обычно, как порицание и как констатация его слабости. Напротив, вопросы:

«Ведет ли употребление алкоголя к появлению названных Вами жалоб?»,

«Вы не замечали связь между появлением болей и употреблением алкоголя?» или *«Боли исчезают/появляются/утихают, если Вы выпьете?»* акцентируют внимание пациента на заинтересованности врача в выяснении причин плохого самочувствия собеседника и беспокоящих его жалоб, а не на склонности пациента к употреблению алкоголя. На приведенные вопросы следует обычно правдивый ответ: *«Как выпью, хуже/лучше становится»*.

В терапевтической практике приведенных выше вопросов бывает достаточно для установления факта употребления пациентом алкоголя. Если же для получения полноты картины требуется уточнить степень алкогольной зависимости пациента, то данные типы вопросов могут служить подготовительным этапом для проведения дополнительного теста CAGE, состоящего из четырех закрытых вопросов, предполагающих ответы «да» и «нет»:

- *Возникало ли у Вас когда-нибудь чувство, что надо бы сократить потребление алкоголя?*

- *Раздражает ли Вас посторонняя критика относительно Вашего отношения (пристрастия) к алкоголю?*

- *Испытывали ли Вы чувство вины из-за того, что Вы выпиваете?*

- *Нужно ли Вам утром для работоспособности выпить?*

Поскольку даже один положительный ответ на поставленные вопросы предполагает факт злоупотребления алкоголем, а два положительных ответа свидетельствуют о наличии у пациента алкогольной зависимости,

представляется, что данные вопросы в условиях терапевтического (не наркологического) отделения должны ставиться не в анкетной форме, а быть включены в общую канву доверительной врачебной беседы.

Такой коммуникативный подход, не затрагивающий самолюбие пациента, поможет врачу не только найти адекватное существующей ситуации клиническое решение, но и стимулировать своим отношением пациента к комплаенсу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Латинско-русский словарь/Авт. сост. К.А.Тананушко. – М.: Аст, Мн.: Харвест, – 2002. – 1040с.
2. Петров Д. В., Диагностика, лечение и профилактика расстройств, вызванных употреблением алкоголя/Д.В. Петров. – Ярославль: ЯГМА. – 2003. – С. 86–87.
3. Fabry G., Kommunikation. Vorlesung medizinische Psychologie. [Электронный ресурс] / G. Fabry. – Режим доступа <http://www.mps.uni-freiburg.de/lehre/medpsych/vorl/kommunikation.pdf>.
4. Hasford J., Zur Bedeutung der Compliance für die öffentliche Gesundheit. / In: R.Weitkunat, Public Health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik. – Bern: Huber. – 1997. – pp. 360–370.
5. Lesch O.M., H. Walter., Alkoholabhängige: Erkennen und individuelles Behandeln nach der Typologie nach Lesch/O. M. Lesch, O.M., H. Walter. // Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. – № 1. –2012 (11).
6. Petermann, F., Mühlig, S. Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung // Compliance und Selbstmanagement. – Göttingen: Hogrefe. –1998. – pp. 73–102.
7. Riedner C., Problem Kommunikation Arzt-Patient [Электронный ресурс] / C. Riedner. – Режим доступа: http://www.bayer-internisten.de/abstracts-schmerz/Abstr_Riedner.pdf.

ПРЕПОДАВАНИЕ МЕТОДОЛОГИИ НАУЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТАМ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ МАГИСТЕРСКИХ ПРОГРАММ

Е.В. ВОЕВОДА

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный институт международных отношений (Университет) Министерства иностранных дел Российской Федерации», г. Москва

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы когнитивного, методологического и языкового характера, с которыми сталкиваются иностранные студенты, обучающиеся в России по программам магистерской подготовки на английском языке, в рамках подготовки магистерских диссертаций.

Ключевые слова: методология научного исследования, исследовательский вопрос, синтез, объект, задачи.