

■ ■ ■ Коммуникативные составляющие комплаенса в практике медицинского персонала

Цветкова А.Б.¹, Евстафьев В.А.²

1. Российский экономический университет им. Г.В. Плеханова, Москва, Российская Федерация.

2. Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ (РАНХиГС), Москва, Российская Федерация.

Аннотация. Коммуникативная компетентность врача определяет понимание пациентом технологии лечения и выполнение им предписаний, что ведет в итоге к комплаенсу. О данной значимой составляющей процесса лечения в виде коммуникации «врач-пациент» и пойдет речь в текущей публикации. Успешное медикаментозное лечение заболевания требует последовательного применения назначенных препаратов. Многие исследования показывают, что лекарственные средства часто используются не в соответствии с назначением. Несоблюдение предписаний врача является серьезной проблемой для здравоохранения как в части расходов, так и обеспечения качества лечения.

Как показывают исследования, высокая степень некомплаенса напрямую связана с плохим клиническим результатом, высокими затратами на здравоохранение и потерей производительности медицинского учреждения. Стоимость несоблюдения предписаний лечения оценивается от \$100 млрд до \$300 млрд ежегодных потерь [Sweeney]. Многих человеческих и экономических издержек, связанных с отсутствием комплаенса, можно избежать, если улучшить коммуникативное взаимодействие врача с пациентом, которое в свою очередь повышает результаты лечения и ценность системы здравоохранения.

Авторами в статье приводятся результаты собственного исследования потребителей медицинских услуг, выявлены параметры коммуникативного взаимодействия врача и пациента.

Ключевые слова: персональные (личные) коммуникации, коммуникативная компетентность врача, репутация медицинского учреждения, лояльность потребителей медицинских услуг, взаимоотношения врача и пациента, комплаенс

Для цитирования: Цветкова А.Б., Евстафьев В.А. Коммуникативные составляющие комплаенса в практике медицинского персонала // Коммуникология. 2018. Том № 6. №5. С. 49-68. DOI 10.21453/2311-3065-2018-6-5-49-68.

Сведения об авторах: Анна Борисовна Цветкова, кандидат экономических наук, доцент кафедры маркетинга Российского экономического университета им. Г.В. Плеханова; Владимир Александрович Евстафьев, д.филол.н., к.т.н., профессор, заведующий кафедрой рекламы и связей с общественностью, Институт отраслевого менеджмента РАНХиГС. Адрес: 117997, Россия, г. Москва, Стремянный пер., 36, корп. 3. E-mail: calin@list.ru.

Статья поступила в редакцию: 04.09.2018. Принята к печати: 04.10.2018.

Проблема комплаенса в коммуникативной медицинской практике

Отказ от приема лекарств пациентом по предписанию приводит к увеличению расходов на здравоохранение и смертности среди населения. В совокупности с другими факторами невыполнение рекомендаций повышает риск госпитализации и количество посещений врача, что, по сути, является теми расходами, которые можно было бы избежать. Разберемся более подробно с медицинской терминологией данного явления.

Наиболее распространенным понятием, употребляемым для обозначения правильности выполнения рекомендаций врача, является «комплаенс». Как отмечает Ложкина Л.И. в своей публикации, оно было введено в 1976-1979 гг. D. Sackett и R. Haynes [Ложкина]. Всемирная организация здравоохранения (the World Health Organization, ВОЗ) определяет комплаенс (compliance) как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнение рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врача» [Ложкина].

Наравне с этим понятием в научных публикациях можно встретить и иные термины, зачастую употребляемые как тождественные – это приверженность (adherence) и соответствие или согласие (concordance). Несмотря на однозначное толкование в российской медицинской литературе, между этими терминами есть некоторые различия: термин «комплаенс» имеет оттенок пассивности поведения пациента в лечебно-диагностическом процессе, тогда как понятие «приверженность» подразумевает свободу выбора между соблюдением или несоблюдением рекомендаций и делает акцент на некоем соглашении между врачом и больным. Понятие «согласие» новое и в большей степени используется в Великобритании, обозначая партнерство в принятии терапевтического решения [Ложкина]. Как уже упоминалось, в отечественных и зарубежных статьях чаще встречается термин «комплаенс», а согласие и приверженность применяются как тождественные ему. Отсутствие комплаенса принято называть *нонкомплаенсом*.

Отметим, что обычно характеризуют в рамках комплаенса в зарубежной литературе и какие проблемы являются наиболее актуальными в нем с точки зрения коммуникации «врач-пациент» во время лечения. Приверженность пациента определенному графику приема лекарств имеет решающее значение для достижения положительных результатов лечения. Определяющим элементом в данном случае является качество взаимоотношений между участниками процесса лечения, которое приводит к удовлетворенности пациента, улучшению состояния здоровья, хорошим отзывам и формированию лояльности. Согласно ВОЗ, на высокий комплаенс в лечении влияет 5 элементов, которые подробно раскрыты в Таблице 1.

Без сомнения, наиболее часто возникающим барьером в коммуникации с пациентом является время. Исследования показали, что некоторые врачи в разговоре перебивают пациента каждые 22 сек [Sweeney]. Также было выявлено, что если не мешать говорить пациенту, то при первичной встрече обычно в среднем

Таблица 1. Факторы, влияющие на комплаенс¹/ Factors affecting compliance

Элементы комплаенса	Параметры
1. Социальные и экономические факторы	1. Ограничения во владении языком 2. Низкая медицинская грамотность 3. Отсутствие семейной или социальной поддержки пациента 4. Бездомные, неблагополучные условия жизни 5. Наряженный график жизни 6. Ограниченный доступ к медицинским учреждениям 7. Отсутствие медицинской страховки 8. Проблемы в доступности аптечного звена 9. Высокая стоимость лекарств 10. Обывательские или связанные с культурой/религией представления о болезни и её лечении 11. Пожилой возраст
2. Система здравоохранения	1. Взаимоотношения между врачом и пациентом (модель, принятая в обществе/стране) 2. Коммуникативные навыки медицинских работников (их отсутствие способствует непониманию со стороны пациента схемы лечения, нехватка медицинских знаний у пациента) 3. Расхождения в представлении о здоровье у медработника и пациента 4. Отсутствие положительной поддержки пациента со стороны врача 5. Слабая способность системы здравоохранения обучать пациентов и обеспечивать им надлежащее наблюдение 6. Отсутствие знаний о комплаенсе и мерах по его улучшению 7. Информационные материалы для пациентов написаны на очень высоком профессиональном уровне и избылиуют профессиональными терминами 8. Рекомендуемый перечень препаратов, сложности с его изменением 9. Большие затраты на лекарства и сопутствующие материалы 10. Срок ожидания лекарства 11. Пропуск приема лекарств из-за невозможности системы здравоохранения обеспечить своевременный доступ (например, санкции на иностранные препараты)
3. Состояние организма индивидуума	Хронические заболевания, отсутствие симптомов, тяжелые симптомы, депрессия, психические расстройства, умственная отсталость, задержка в развитии, инвалидность
4. Особенности лечения	1. Сложная схема приема препаратов (количество суточных доз, число одновременно принимаемых препаратов) 2. Процедура лечения требует овладения определенными навыками (например, ингаляции, инъекции/уколы) 3. Продолжительность лечения 4. Частые изменения в процедуре и режиме лечения

¹ Medication adherence – improving health outcomes. A Resource from the American College of Preventive Medicine (2011) [access mode]: <https://c.ymcdn.com/sites/www.acpm.org/resource/resmgr/timetools-files/adherenceclinicalreference.pdf>.

Элементы комплаенса	Параметры
	5. Отсутствие быстрого видимого эффекта от лечения 6. Лекарства, вызывающие побочные эффекты 7. Фактические и предполагаемые неприятные побочные эффекты 8. Процедура лечения требует значительных изменений в образе жизни пациента
5. Человеческие факторы	1. Физиологические факторы 2. Нарушения зрения, нарушения слуха, когнитивные нарушения, нарушения подвижности пациента, проблемы с глотанием 3. Психологические и поведенческие факторы 4. Знания о заболевании 5. Предполагаемые риски и проблемы, связанные с заболеванием 6. Понимание, какие медикаменты необходимы для лечения 7. Ожидания от лечения и отношение к нему 8. Предполагаемая польза методики лечения 9. Уверенность в соблюдении требуемой схемы лечения 10. Мотивация 11. Страх возможных неблагоприятных последствий заболевания 12. Страх зависимости от заболевания 13. Страх перед медицинским учреждением и врачами 14. Гнев, беспокойство, эмоции 15. Злоупотребление алкоголем или наркотиками

он говорит менее 2 минут. Терпение и свободная беседа без рамок приводит к лучшим результатам, формированию доверия к врачу и улучшению комплаенса, снижению частоты посещений и более четкому последующему взаимодействию в процессе лечения. Очевидно, что преимуществ немало.

И, безусловно, в разговоре с пациентом лучше не использовать слово «комплаенс», поскольку это профессиональный термин, и он непонятен собеседнику. Чтобы убедиться в его формировании, лучше спросить «Вы принимаете лекарства в соответствии с указаниями?» или «Вы не забываете принимать все предписанные таблетки?» и т.п. Врачи даже имеют возможность посчитать процент комплаенса у пациента. Так, к примеру, если больному назначили принимать антибиотик по 1 таблетке 4 раза в день в течение недели, но фактически человек принимает его только по 2 таблетки за период 5 дней, то его комплаенс составляет 36% ($10/28 \cdot 100\%$) [Sweeney]. А вот что явилось причиной подобной корректировки графика приема лекарств, тут уже надо разбираться отдельно. В комплаенсе надо учитывать весь период времени до полного прекращения терапии.

В зарубежной литературе термин «compliance», как уже упоминалось ранее, в последние годы часто заменяют термином «adherence», поскольку он предполагает не пассивное выполнение предписаний врача, а подчеркивает, что пациент волен решать, следует ли придерживаться медицинских рекомендаций и что он не будет обвинен в их несоблюдении. Этот вариант термина носит более свободный характер и предполагает не абсолютное доминирование в процесс коммуникации врача, а равноценные отношения, где пациент способен влиять

на процесс и действовать по своему усмотрению. В формате данного термина подчеркивается, что коммуникация «врач-пациент» носит характер соглашения, неких партнерских отношений¹.

В ряде научных трудов даже подчеркивается, что «adherence» – это назначение препаратов и процедуры лечения. А «compliance» – это непосредственно сам процесс приема лекарств и выполнения медицинских процедур в соответствии с указаниями врача². В отечественной медицинской практике эти два термина объединены в одном – комплаенсе. Расширения данного понятия и добавления новых медицинских терминов в практику пока в нашей стране не проводилось.

Несоблюдение комплаенса или нонкомплаенс, как показывают исследования, имеет целый перечень вариантов поведения пациента, связанного как с недостаточным, так и с чрезмерным приемом лекарственных препаратов преднамеренно или случайно, а именно³:

1. Задержка в приеме препарата или несоблюдение приема основного лекарственного средства в лечении.
2. Пропуск графика приема дозировок.
3. Уменьшение дозировки лекарства или прекращение его приема в самом начале лечения.
4. Общее нарушение всех предписаний по лечению, в том числе режима питания.

Поддержание конструктивной коммуникации в отношениях «врач-пациент» на современном этапе

Конструктивная коммуникация и хорошие отношения доктора и пациента как раз дают возможность минимизировать нонкомплаенс со стороны пациента. Роль коммуникации заключается, прежде всего, в способствовании обеспечению безопасности пациентов во время лечения. По средним расчетам процент пациентов по разным причинам не соблюдающих предписания колеблется от 20% до 80%, и очевидно, что решением этого вопроса необходимо заниматься серьезно [Vajda]. Чтобы стимулировать пациента к определенному поведению надо учитывать их заботы, чувства и предпочтения. Без адекватной коммуникации врача это становится совершенно невозможным. При этом исследования показывают (Таблица 1), что комплаенс не зависит только от персональных факторов личности пациента, а возникает на базе общего отношения к своему состоянию здоровья и желанию контролировать течение болезни.

¹ Concordance, adherence and compliance in medicine taking (2005). Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). P. 12

² Medication Adherence and Compliance. National Stroke Association (2012) [access mode]: http://www.stroke.org/sites/default/files/resources/NSA_Med_Adherence_brochure.pdf.

³ Medication adherence – improving health outcomes. A Resource from the American College of Preventive Medicine (2011) [access mode]: <https://c.ymcdn.com/sites/www.acpm.org/resource/resmgr/timetools-files/adherenceclinicalreference.pdf>

Ученые выделяют несколько приемов, способствующих обеспечению комплаенса. Эти приемы получили аббревиатуру по первым буквам, под названием SIMPLE (Atreja, et al, 2005)¹:

1. S (Simplify the regime). Упростите режим. Сложность выбранной методики лечения не способствует развитию комплаенса, поэтому надо стремиться к упрощению процедуры для пациента там, где это реально возможно.

2. I (Impart knowledge). Передавайте знания. Комплаенс повышается, если пациент прекрасно понимает свое состояние и преимущества лечения. Сами по себе знания, безусловно, не способствуют комплаенсу. Но вместе с упрощением процедуры лечения и наличием взаимопонимания во время общения дают положительный эффект.

3. M (Modify patient beliefs and human behavior). Изменяйте убеждения пациента и его поведение. Чтобы повлиять на него, необходим комплексный подход, в котором врач работает с коммуникативными барьерами, объясняет преимущества, старается быть убедительным, аргументирует

4. P (Provide communication and trust). Обеспечивайте коммуникацию и доверие. Только при наличии доверия к врачу во время общения возможно повлиять на изменение убеждений, установок у пациента, его образ жизни. К сожалению, у многих врачей есть проблемы в коммуникации с пациентом. Причем благодаря неподходящему стилю и манере. Если врач находит подходящий стиль и приспособливается – это становится сильным фактором при безусловном формировании доверия ко всему, что он говорит своему больному.

5. L (Leave the bias). Перестаньте быть предвзятыми. Между пациентом и врачом могут возникнуть различные коммуникативные барьеры. Разный социально-экономический статус, принадлежность к национальным и этническим меньшинствам, как показывает практика, порой демонстрируют разное восприятие образа врача и отношение к заболеванию. Врачу надо уметь преодолеть это и относиться с пониманием, сталкиваясь с подобным на практике. Врач должен уметь находить подход к любой категории пациентов.

6. E (Evaluating adherence). Оценивайте результаты комплаенса. Если врач не контролирует то, насколько пациент соблюдает его предписания, то о каком комплаенсе вообще может идти речь?

Существует специальная шкала (от 1 = полностью не согласен; до 5 = полностью согласен), которая позволяет оценить степень доверия пациента своему лечащему врачу². Таким образом, любой медицинский работник может оценить себя и решить, необходимо ли ему улучшить что-то в своем взаимодействии с пациентом. Пациенту также предлагается пять утверждений, представленных ниже. Против каждого необходимо отметить соответствующий балл (Таб. 2).

¹ Medication adherence – improving health outcomes. A Resource from the American College of Preventive Medicine (2011) [access mode]: <https://c.ymcdn.com/sites/www.acpm.org/resource/resmgr/timetools-files/adherenceclinicalreference.pdf>.

² Ibid.

Высокий балл указывает на высокую степень доверия пациента. Далее можно проверить, совпадает ли мнение врача и его пациентов по результатам оценки.

Таблица 2. Шкала оценки уровня доверия к врачу / Evaluation scale for the level of trust to the doctor [Medication adherence...]

Оценочная шкала	Утверждение
1 2 3 4 5	Я чувствую, что мои пациенты могут сказать мне, что угодно, и я их не критикую и не прерываю
1 2 3 4 5	Большинство моих пациентов доверяют моему мнению о методах лечения
1 2 3 4 5	Я знаю стоимость препаратов, которые назначаю и принимаю во внимание это, как фактор их покупки пациентом
1 2 3 4 5	Я не скрываю плохую информацию от пациентов, не минимизирую характеристику ситуации о состоянии болезни, не игнорирую, если пациент ведет себя неправильно по отношению к своему здоровью
1 2 3 4 5	Если я ошибаюсь во время лечения, я не скрываю свои ошибки от пациентов

Модели коммуникации врача с пациентом в медицинской практике

Требования к медицинским сотрудникам все время повышаются. Как отмечает в своей публикации Beáta Vajda, в 1970-х гг. фактически от врача требовалось обладать только следующими навыками: базовые знания по профессии, умение проводить медицинский осмотр и вырабатывать подход к лечению [Vajda]. В списке предъявляемых требований к квалифицированному врачу отсутствовал такой элемент как коммуникативная компетентность. В наши дни все изменилось и поэтому в качестве базовых навыков от врача ожидают также умение выстраивать коммуникацию со своими пациентами, грамотно разговаривать на понятном языке, объяснять и убеждать. Внимательность к пациенту рассматривается как элемент услуги, акцентированной на новом маркетинговом подходе к потребительскому поведению и удовлетворенности, менеджменте отношений и управлению воспринимаемыми рисками пациента.

Отметим, что существует две модели коммуникаций в медицинской практике¹:

1. Ориентированная на врача.
2. Ориентированная на пациента.

Разберемся, как происходит коммуникация в каждом конкретном случае. Итак, первая модель «медико-центрированная» или ориентированная на врача.

Особенностью наблюдения за моделями является то, что на практике сложно систематизировать его варианты проявления, так как в каждом конкретном случае процесс развития уникален. Очень много вариантов формирования диалога между врачом и пациентом. На бумаге это зафиксировать было всегда трудно,

¹ Medical communication skills (2018)) [access mode]: <https://physiciansapply.ca/commskills/introduction-to-medical-communication-skills/>

поэтому выходом является видеосъемка. Основное внимание здесь уделяется вербальному и невербальному общению и его влиянию на процесс консультации. Главное в ней – степень внимания.

В *ориентированной на врача модели* коммуникаций весь процесс сосредоточен на восприятии доктором болезни, её вариантов проявления и локализации самой патологии. Коммуникация с пациентом направлена на выявление заболевания и назначения подходящего метода лечения. В этой ситуации имеет вес опыт врача и его интерпретация высказываний пациента, где и что конкретно у него болит. Врач думает статистикой клинических случаев и совершенно не принимает во внимание индивидуальные особенности больного. Он просто их не слышит, так как не считает полезным и воспринимает как чисто субъективное явление.

В *пациенто-центрической модели* коммуникаций предполагается, что врач ценит понимание индивидуумом своего заболевания, а не просто смотрит на общую статистику клинических случаев её проявления. Он рассматривает и то, и другое в целом, рекомендуя оптимальный способ лечения. Практика показывает, что такой ориентированный на пациента способ коммуникации дает намного чаще положительные результаты терапии.

Важно отметить, что первая модель коммуникаций не является плохой в принципе. Просто на сегодняшний день её недостаточно для обеспечения высокого комплаенса и высокого качества оказания медицинских услуг.

При этом отметим, что использование второй модели вовсе не означает, что врач должен делать все, что хочет пациент. Такая коммуникация, прежде всего, основывается на уважении друг к другу и выработке совместного плана лечения заболевания, приемлемого для пациента и врача одновременно. От использующего её медицинского персонала требуется наличие таких компетенций, как:

- понимание важности содержательной части коммуникаций;
- самосознание;
- гибкость в процессе коммуникации.

Развитие коммуникативных компетенций медицинского персонала

Сотрудники Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ» Хабиева Т.Х., Жолдасбекова А.С., Сактапов А.К., Аманжолова У.Ш., полагают, что эффективные взаимоотношения между врачом и пациентом должны быть основаны на доверии, поддержке, понимании, сочувствии, уважении. Именно это, по их мнению, есть залог успешного лечения [Хабиева]. Они выделяют следующие виды коммуникации врача с пациентом:

- информационную (бесстрастный врач, полностью независимый пациент);
- интерпретационную (убеждающий врач);
- совещательную (доверие и взаимное согласие);
- патерналистскую (врач-опекун).

Как отмечает в своей публикации Зверева Н.С., на важность общения с пациентами в профессиональной деятельности врача указывали многие российские

исследователи [Зверева]. Так, к примеру, В.М. Бехтерев особо подчёркивал роль слова в лечении, отмечая, что «... если больному после беседы с врачом не становится легче — это не врач». Он считал, что в ходе беседы больному следует объяснить необходимость соблюдения охранительно-восстановительного режима, разъяснить суть болезненных ощущений и внушить мысль о том, что врачи делают всё возможное для его скорейшего выздоровления.

Kurtz S., Silverman J., Draper J. в своей публикации еще в 1998 г. выделили три вида коммуникативных навыков в практике врача, которыми он должен пользоваться [Kurtz, Silverman, Draper]:

1. Содержательные навыки. Они отражают то, что говорит врач. Например, как он отвечает на вопросы пациента, какую конкретно информацию он дает о состоянии болезни, как именно ставит диагноз, с какой базой медицинских знаний он работает.

2. Процессуальные навыки. Они отражают то, как именно разговаривает доктор, как он хорошо слушает вопросы пациента и его мнение, как он задает вопросы, как он объясняет и убеждает пациента, как выстраивает и планирует процесс взаимодействия. В данном виде коммуникативных навыков, собственно говоря, и начинают формироваться взаимоотношения «врач-пациент» более тесно.

3. Навыки восприятия информации. Они отражают то, что врач думает и чувствует. Например, осознание собственных решений, ответственности за них, эмоциональная реакция на общение, нравится или не нравится пациент, любые предрассудки и предвзятое отношение, шум вокруг, который отвлекает во время приема пациента.

Как отмечается в докторской диссертации Christina Klöckner Cronauer, эмпатия является главным элементом клиентоориентированной медицины, от которой зависят результаты лечения [Klöckner Cronauer]. Без наличия эмпатии врач не способен выстраивать хорошие коммуникации со своим пациентом. Эмпатия включает в себя несколько элементов, а именно когнитивный (умение распознавать слова и понимать смысл, умение посмотреть на ситуацию с альтернативной точки зрения глазами другого человека, восприятие мнений и суждений другого человека), аффективный (умение передать информацию в сообщении другому, эмпатическая забота¹ и умение делиться своими эмоциями) и поведенческий (вербальная и невербальная эмпатия). Они вместе формируют основу для взаимопонимания в системе отношений «врач-пациент» [Klöckner Cronauer].

Amutio-Kareaga Alberto, García-Campayo Javier, Delgado Luis Carlos, Hermosilla Daniel, Martínez-Taboada Cristina в своей публикации в журнале «Клиническая медицина» за 2017 г. предложили шаги для улучшения коммуникации врач-пациент [Amutio-Kareaga, García-Campayo, Delgado, Hermosilla, Martínez-Taboada].

1. Выявление существующих барьеров в коммуникации с пациентом (видимых и скрытых).

¹ Сочувствие, сострадание к человеку и тому подобное. Прим.авт.

2. Четкое определение барьеров через тестирование гипотез и получаемые статистические данные.

3. Совместное преодоление барьера в коммуникации с пациентом. Пациент как полноценный участник коммуникации.

4. Командная работа с пациентом, выявление приоритетов в лечении, совместное принятие решения, проявление сочувствия по отношению к пациенту и активное слушание.

Предлагаются даже специальные брошюры для пациентов со списком рекомендуемых вопросов, которые надо задавать своему врачу или фармацевту во время визита в аптеку¹:

1. Как называется лекарство, для какого заболевания оно и как оно выглядит?

2. Когда и как я принимаю это лекарство?

3. Каковы возможные побочные эффекты?

4. Через какое время начинает действовать лекарство?

5. Что мне делать, если я забыл дозировку?

6. Каковы последствия приема препарата?

7. Помимо суточной дозы, есть ли еще что-то, что я должен знать об условиях приема данного лекарства (например, взаимодействие с алкоголем, принимать натощак или после еды, взаимодействие с молочными продуктами, с другими лекарственными препаратами и т.д.)?

Как отмечается в сборнике, выпущенном Американской ассоциацией больниц (American Hospital Association), от врача в будущем будет требоваться следующий перечень знаний и навыков [Combes, Arespasochaga]:

1. Лидерство.

2. Системность в теоретических знаниях и анализ.

3. Использование информационных технологий.

4. Междисциплинарная подготовка, знание смежных предметов, а не только своей узкой специализации. Более глубокое понимание других направлений медицины.

5. Получение дополнительного образования по таким направлениям, как: Управление здоровьем населения, Паллиативная медицина, Экономика здравоохранения, Управление ресурсами, Законодательное регулирование в области здравоохранения и т.д.

6. Коммуникативные навыки межличностного общения: врач как член команды, эмпатия, обслуживание клиентов, тайм-менеджмент, управление конфликтами, формирование обратной связи с пациентом, кросскультурная коммуникация.

В мае 1999 года на конференции, организованной Ассоциацией американских медицинских колледжей в Цинциннати при спонсорской поддержке Института коммуникаций в здравоохранении Байера и Института Фетцера, эксперт-

¹ Medication Adherence and Compliance. National Stroke Association (2012) [access mode]: http://www.stroke.org/sites/default/files/resources/NSA_Med_Adherence_brochure.pdf.

ная группа определила семь компонентов процесса, которые считаются главными при взаимодействии врача и пациента [Bakić-Mirić, Bakić]:

1. Формирование отношения.
2. Начало дискуссии, диалога с пациентом.
3. Сбор информации.
4. Понимание точки зрения пациента.
5. Передача пациенту информации.
6. Достижение согласия по всем вопросам и планам лечения.
7. Завершение консультации.

Методология и результаты исследования параметров коммуникативного взаимодействия молодежной аудитории и медицинского персонала

В рамках изучаемой проблемы в текущей публикации авторами было проведено исследование разных параметров взаимодействия молодого поколения потребителей медицинских услуг и персонала лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Коммуникации с потребителями медицинских услуг одним авторами публикации рассматриваются сравнительно давно в исследованиях, различным аспектам которых был посвящен ряд публикаций [Цветкова, Скоробогатых]. В качестве базы для разработки отдельных параметров исследования были взяты научные наработки таких ученых, как Скоробогатых И.И., Сидорчук Р.Р., Мусатов Б.В., Мешков А.А., Мусатова Ж.Б., которые провели изучение ценностей, мотиваций и предпочтений молодежной аудитории при принятии решения о приобретении товаров и услуг, называемых маркерами [Сидорчук, Скоробогатых], а также исследование влияния SMART-технологий на трансформацию процесса принятия решений о покупке на инфоемких рынках [Скоробогатых, Мусатова]. Результаты этих исследований дают понимание того, как формируются ценностные ориентиры и потребительские предпочтения у молодежной аудитории, как представители молодежной аудитории реагируют на использование различными организациями таких медиа-каналов, как социальные сети, мобильные приложения, использование различных элементов SMM (social media marketing) и личной коммуникации в процессе приобретения товара или услуги.

В настоящем исследовании, в январе 2018 года в ФГБОУ ВО РАНХиГС при Президенте РФ был проведен опрос методом онлайн анкетирования на основе специально разработанной структурированной анкеты, состоящей из 18 закрытых вопросов. Целью исследования было выявить важность различных параметров коммуникации медицинского персонала и пациентов среди молодой аудитории лечебно-профилактических учреждений, работающих на платной и бесплатной основе. Опрос должен был также выявить важные для посетителя параметры, влияющие на его выбор ЛПУ. Для исследования отбирались только респонденты от 18 до 35 лет. Выборка исследования составила 377 респондентов.

Из 377 респондентов в опросе приняло участие 350 (93%) женщин и 27 (7%) мужчин. Участники опроса были представлены преимущественно возрастной группой от 18 до 23 лет (92%). Данные отражены на Рисунке 1.

Возраст респондентов /
Respondents' age
N=377

- от 18 до 23 лет / 18-23 у.о.
92%
- от 24 до 30 лет / 24-30 у.о.
6%
- от 31 до 35 лет / 31-35 у.о.
2%

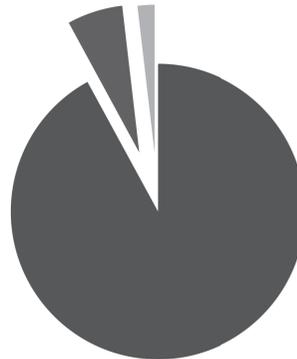


Рисунок 1. Распределение респондентов по возрастным группам /
Distribution of respondents by age groups

Оказывается, что за последний месяц из опрошенных 196 (52%) респондентов посещали хотя бы раз какое-либо медицинское учреждение. Главными причинами обращения были – анализы и диагностика (279 респондент) и различные консультации (197). Более подробная информация представлена на рисунке 2. Подобные поводы предполагают наличие коммуникации с врачом, особенно если говорить о процедуре получения консультации. Соответственно, логично предположить, что большинство опрошенных прекрасно помнили основные моменты коммуникации с персоналом и собственные впечатления от визита туда.



Рисунок 2. Распределение ответов респондентов по частоте поводов обращения в медицинское учреждение /
Distribution of answers according to the frequency of reasons for contacting a medical institution (n = 377)

Также был задан вопрос о том, какие из предложенных факторов являются наиболее значимыми при окончательном выборе места лечения (Рисунок 3). Вопрос был задан с целью выделить, насколько сильно определяет данное обстоятельство фигура врача и его известность.



Рисунок 3. Распределение ответов респондентов по факторам выбора ЛПУ / Significant factors when choosing a medical institution (n=377)

Как оказалось, больше всего молодое поколение пациентов интересует репутация медучреждения (238 респондентов) и приемлемая ценовая политика (212).

Рассмотрим поэтапно основные моменты взаимодействия пациента с лечебно-профилактическим учреждением и складывающиеся во время него впечатления на основании коммуникации с вспомогательным медицинским персоналом и врачом.

Как известно, первичное впечатление от будущего места лечения складывается во время звонка туда. Причины обращения могут быть различные, но ожидания у потенциальных клиентов всегда одинаковые. Респонденты отметили, что хотели бы получить быстрый прием заявки (272 ответа), без долгого ожидания поднятия трубки (200 ответов), чтобы сам сотрудник спросил о подходящем времени записи и проконсультировал по возникшим перед визитом вопросам (215). Таким образом, заметно, что респондентами высоко оценивается скорость, четкость и оперативность работы вспомогательного персонала. Но в принципе, подобные требования характерны для всех отраслей сферы услуг. Распределение всех ответов респондентов представлено на Рис. 4.

84% опрошенных считают, что персонал ЛПУ обязан приветствовать клиента, остальные ответившие просто на это не обращают внимание. Причем характерно, что если присутствует грубость в регистратуре, то 59 % респондентов продолжают посещение данного медицинского учреждения. Таким образом, больше половины респондентов показали, что невежливое поведение со стороны вспомогательного медицинского персонала для них в принципе неважно. Главное – попасть на прием к нужному врачу. Что же касается других аспектов коммуникации в регистратуре, то распределение ответов представлено на рисунке 5. Больше всего посетители ценят отсутствие очереди (75%) и оперативность выдачи медкарты (64,9%), дружелюбную улыбку (53%) и следование порядку записи к врачу (52%).



Рисунок 4. Распределение мнения респондентов по степени влияния на впечатление об ЛПУ по итогам первичного звонка в регистратуру / Distribution of answers according to the impression of health care facilities based on results of the initial call to the registry

Из чего складывается положительное впечатление при встрече посетителя ЛПУ / What makes a positive impression when meeting a visitor of health facilities (n=377)



Рисунок 5. Распределение ответов респондентов по оценке их встречи с персоналом ЛПУ во время посещения / Distribution of respondents' answers assessed by their meeting with medical personnel during a visit

Рассмотрим, что оказалось важным для респондента при общении с врачом во время приема и какие требования к контенту и качеству получаемой от врача информации имеют больший вес, что влияет на последующий комплаенс молодого поколения потребителей (Рисунок 6).

Во время приема у врача для пациента важно / During a doctor's appointment, the following matters are important for patients:



Рисунок 6. Важные для респондента моменты коммуникации с врачом во время визита / Important matters of communication with the doctor during the visit (n=377)

Больше всего оценок получила вежливость врача и понимание того, что он говорит (278), активность ответов на вопросы (268) и полная информация о стоимости всего курса лечения (268).

Завершение визита к врачу также было оценено респондентами. Как оказалось, ответы опять распределились примерно поровну между теми, кто обращает внимание на то, сказал ли доктор «до свидания» (52%) и теми, кому прощание совершенно неважно (48%). Приветствие врача было важно большему количеству респондентов во время начала визита в ЛПУ. Хотя в целом этот момент не самый главный в коммуникации «врач-пациент» в отличие от других направлений сферы услуг.

Также авторами публикации в исследовании был задан респондентам вопрос о том, что беспокоит больше всего при выборе места лечения. Ответы молодежной аудитории распределились следующим образом, как представлено на Рисунке 7.

Оказалось, что больше всего молодых потребителей беспокоит вероятность постановки неверного диагноза (63%) и грубое отношение врача (53%). По 49% далее набрали такие варианты ответов, как высокая стоимость лечения и известные скандальные случаи в СМИ из практики работы медучреждения.

Выводы

Улучшение комплаенса имеет большое значение для повышения эффективности системы здравоохранения и обеспечения качества лечения заболеваний. В частной медицине современно мыслящие владельцы клиник и медцентров принимают все меры, чтобы добиться повышения его уровня среди пациентов.

Что больше всего беспокоит при выборе места лечения? /
Main worries and concerns most when choosing a medical institution
(n=377)

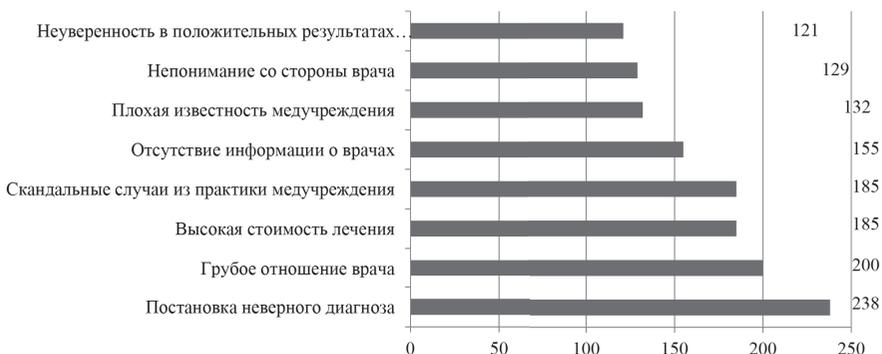


Рисунок 7. Важные для респондентов аспекты беспокойства при выборе места лечения / Main worries and concerns most when choosing a medical institution (n=377)

Конечная цель коммуникации «врач-пациент» оценивается фактически на основании результатов лечения. Коммуникативные навыки врача при этом становятся центральным звеном в процессе лечения. Задача врача – это создать необходимую мотивацию пациента и побудить его соблюдать все предписания как положено. Это является залогом комплаенса и успешного лечения.

Практика показывает, что большинство жалоб на врачей относятся к плохому уровню коммуникации с пациентом, а не к его профессиональной компетенции и знаниям как таковым. Те доктора, кто сразу сумел найти подход к своему клиенту, быстрее выявляли заболевания и правильно ставили диагноз, обеспечивали лучший уход за своими больными. В настоящее время возникает потребность в формировании партнерских отношений между врачом и пациентом, особенно если вспомнить о развитии института «семейных врачей».

Врач должен уметь пользоваться как вербальными, так и не вербальными средствами коммуникации. Он должен создавать доверие к себе в процессе консультации, диагностики и лечения. От коммуникации врача с пациентом сейчас требуется не только поддержание личного контакта, ну и готовность взаимодействовать по телефону, мэйлу и другим современным системам коммуникации, включая социальные сети и службы быстрого обмена сообщениями, в том числе мобильные приложения. Потребители медицинских услуг ожидают максимальной доступности врача и открытости к диалогу, готовности обучать и объяснять тонкости процедуры лечения и уметь рассчитывать примерные затраты. Результаты исследования авторов публикации убедительно продемонстрировали следующие моменты:

1. Как оказалось, молодежь в целом активно пользуется медицинскими услугами, однако большей частью она концентрируется на получении консультации и

прохождении анализов и диагностики. Тем не менее, это предполагает углубленный контакт с врачом, так что оценить требуемые коммуникативные навыки адекватно они имеют возможность и высказать по этому поводу свои предпочтения.

2. При выборе места лечения молодых потребителей больше всего беспокоит постановка неверного диагноза и грубое отношение врача. Стоит отметить, что эти аспекты имеют прямое отношение к модели коммуникации «врач-пациент». В случае проблем с коммуникацией вероятность постановки неправильного диагноза возрастает в разы, собственно грубое поведение в адрес пациента нарушает любой комплаенс, делая его попросту невозможным. Желания общаться далее с таким врачом у молодого потребителя совершенно не наблюдается.

3. Во время первичного контакта с ЛПУ молодые клиенты ценят скорость обслуживания, быстроту ответов по телефону. При звонке в регистратуру респонденты ожидали, что им предложат удобное время и дату приема, согласуют все нюансы визита.

4. В коммуникации с врачом молодежь считает важным вежливое и добродушное общение, активные ответы на вопросы о лечении и полную информацию о его стоимости. Молодые потребители ценят доступность информации о своем здоровье и вариантах решения возникающих проблем. Они хотят открытого диалога, а не пассивного слушания или исключительно монолога врача во время визита.

Резюмируя сказанное, стоит отметить, что полученные авторами результаты исследования позволяют отметить важность формирования коммуникации «врач-пациент». Популярный в медицинской среде термин комплаенс невозможен без ориентированной на пациента модели. Современное молодое поколение, а именно они в скором времени станут основными потребителями медицинских услуг, хотят партнерских отношений с врачом во время лечения, не принимают как должное ожидаемое от них пассивное поведение и полное следование инструкциям. Они сомневаются и хотят услышать ответы на свои вопросы.

Все это создает новые требования к компетентности медицинского персонала, когда одних профессиональных знаний для успешной работы становится недостаточно. Коммуникативным навыкам необходимо обучать, начиная с вузовского образования и далее в процессе профессиональной деятельности. Как результат оценки их уровня развития можно использовать степень комплаенса со стороны пациента. Для этого уже существуют, как показало исследование авторов научной литературы, соответствующие способы измерений. Эти методы имеет смысл в дальнейшем совершенствовать и искать пути, позволяющие выявлять недостатки в коммуникации с целью дальнейшего улучшения.

Источники

Зверева Н.С. (2016). Психологические особенности отношений «врач — пациент» в современном российском обществе // Социальная акмеология и психология. №4. С. 131–136.

Ложкина Л.И. (2015). Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. Т. 15, вып. 3. С.75-80

Сидорчук Р.Р., Скоробогатых И.И., Мешков А.А., Мусатов Б.В., Ефимова Д.М., Тультаев Т.А., Евсева Д. (2017). Ценностные ориентиры и потребительские предпочтения молодежной аудитории. М.: Креативная экономика.

Скоробогатых И.И., Сидорчук Р.Р., Мешков А.А., Мусатов Б.В., Ефимова Д.М., Тультаев Т.А., Евсева Д. (2016). Концепция волновых маркетинговых исследований для изучения ценностных ориентиров студенческой аудитории // *Маркетинг в России и за рубежом*. № 6. С. 30-36.

Скоробогатых И.И., Мусатова Ж.Б. (2015). SMART-маркетинг: технологии, инструменты, оценка эффективности // *Казанский экономический вестник*. №5 (19). С. 92-96.

Хабиева Т.Х., Жолдасбекова А.С., Сактапов А.К., Аманжолова У.Ш. (2016). Обучение коммуникативной компетенции и психологии человеческих отношений – как важных направлений менеджмента в здравоохранении // *Вестник Казахского национального медицинского университета*. №3. С. 301-304

Цветкова А.Б., Скоробогатых И.И. (2017). Восприятие медиаканалов молодежным сегментом потребителей на рынке медицинских услуг. // *Маркетинг и маркетинговые исследования*. №2. С.132-144

Amutio-Kareaga A., Garcia-Campayo J., Delgado L.C., Hermosilla D., Martinez-Taboada C. (2017). Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review // *Journal of Clinical Medicine*. Vol.33. №6. P.1-17, doi:10.3390/jcm6030033. <http://www.mdpi.com/journal/jcm>.

Bakić-Mirić N.M., Bakić N.M. (2008). Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice // *Medicine and Biology*. Vol. 15, № 2. P. 74 – 79.

Combes J.R., Arespacochaga E. (2012). Lifelong Learning Physician Competency Development. American Hospital Association's Physician Leadership Forum, Chicago, IL. P.20

Concordance, adherence and compliance in medicine taking. (2005). Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). P. 12

Dudley-Brown S. (2013). The Importance of Medication Adherence [access mode]: https://www.hopkinsmedicine.org/IBDsymposium/Presentations_2013/Medication_Adherence.pdf.

Klöckner Cronauer C. (2013). How physician affective communication skills are related to patient characteristics and outcomes. Thesis presented at the Faculty of Economics Institute of Work and Organizational Psychology University of Neuchâtel For the degree of PhD in Psychology. P. 116 [access mode]: https://doc.rero.ch/record/208927/files/these_Kl_cknerC.pdf

Kurtz S., Silverman J., Draper J. (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Sweeney Sh. (2011). Improving prescription medicine adherence is key to better health care. January [access mode]: http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA_Improving%20Medication%20Adherence_Issue%20Brief.pdf.

Vajda B. (2011). Compliance and health behaviour in medical services. In: Hetesi, E. – Kürtösi, Zs. (eds): The diversity of research at the Szeged Institute of Business Studies. JATEPress, Szeged. P. 131-141.

■ ■ ■ Communicative Elements of Compliance in the Practice of Medical Personnel

Anna B. Tsvetkova¹, Vladimir A. Evstafiev²

1. Plekhanov Russian University of Economics (PRUE), Moscow, Russia.
2. Russian Presidential Academy of the National Economy and Public Administration (RANEPA), Moscow, Russia.

Abstract. Extremely important that the communicative competence of a doctor determines the patients' understanding of the treatment technology and the implementation of their prescriptions, which ultimately leads to compliance. This significant component of the treatment process in the form of communication "doctor-patient" will be discussed in the current article. Successful treatment of disease with prescription medicines requires consistent use of the medicines as prescribed.

Many research show that medicines commonly are not used as directed. Nonadherence to medicines is a major health care cost and quality problem, with numerous studies showing high rates of nonadherence directly related to poor clinical outcomes, high health care costs, and lost productivity. The cost of nonadherence has been estimated at \$100 billion to \$300 billion annually [Sweeney]. Human and economic costs associated with nonadherence can be avoided by improving the communicative competence of the doctor and patient, which, in turn, helps to provide better results and greater value from our health care system.

The authors represent the results of research of medical services consumers, and specify the criteria of communicative interaction between the doctor and the patient.

Keywords: personal communications, communicative competence of a physician, the reputation of the medical institution, the loyalty of the consumers of medical services, doctor-patient relationship, compliance, adherence

For citation: Tsvetkova A.B., Evstafiev V.A. Communicative elements of compliance in the practice of medical personnel. *Communicology (Russia)*. 2018. Vol. 6. No.5. P. 49-68. DOI 10.21453 / 2311-3065-2018-6-5-49-68.

Inf. about the authors: Anna Borisovna Tsvetkova, Cand. Sc. (Econ.), assoc. prof of marketing department, Plekhanov Russian University of Economics; Vladimir Alexandrovich Evstafiev, Dr.Sc. (Philol), Professor, Head of advertising and PR department, RANEPA. *Address:* 117997, Russia, Moscow, Stremyanny lane, 36-3. *E-mail:* calin@list.ru.

Received: 04.09.2018. *Accepted:* 04.10.2018.

References

- Amutio-Kareaga A., García-Campayo J., Delgado L.C., Hermosilla D., Martínez-Taboada C. (2017). Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*. Vol.33. №6. P.1-17, doi:10.3390/jcm6030033. <http://www.mdpi.com/journal/jcm>.

Bakić-Mirić N.M., Bakić N.M. (2008). Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Medicine and Biology*. Vol.15, № 2. P. 74–79.

Combes J.R., Arespacochaga E. (2012). Lifelong Learning Physician Competency Development. American Hospital Association's Physician Leadership Forum, Chicago, IL. P.20

Concordance, adherence and compliance in medicine taking. (2005). Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). P. 12

Dudley-Brown S. (2013). The Importance of Medication Adherence [access mode]: https://www.hopkinsmedicine.org/IBDSymposium/Presentations_2013/Medication_Adherence.pdf.

Habieva T.H., Zholdasbekova S.S., Saktapov A.K., Amanzholova U.Sch. (2016). Training of communicative competence and psychology of human relations as important areas of management in health care. *Bulletin of the Kazakh national medical University*. No.3. P. 301-304 (In Rus.).

Klöckner Cronauer C. (2013). How physician affective communication skills are related to patient characteristics and outcomes. Thesis presented at the Faculty of Economics Institute of Work and Organizational Psychology University of Neuchâtel For the degree of PhD in Psychology. P. 116 [access mode]: https://doc.rero.ch/record/208927/files/these_KI_cknerC.pdf

Kurtz S., Silverman J., Draper J. (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press.

Lozhkina L.I. (2015). Compliance as an actual problem of medical psychology: theoretical and methodological aspects. *News of Saratov University. New series. The Series Of Philosophy. Psychology. Pedagogy*. Vol. 15. No.3. P.75-80 (In Rus.).

Sidorchuk R.R., Skorobogatykh I.I., Meshkov A.A., Musatov B.V., Efimova D.M., Tultaev T.A., Evseeva D. (2017) Values and consumer preferences of the youth audience. Moscow: Creative economy. P.182 (In Rus.).

Skorobogatykh I.I., Sidorchuk R.R., Meshkov A.A., Musatov B.V., Efimova D.M., Tultaev T.A., Evseeva D. (2016) The concept of wave marketing research to study the value orientations of the student audience. *Marketing in Russia and abroad*. No.6. P. 30-36 (In Rus.).

Skorobogatykh I.I., Musatova Zh.B. (2015). SMART marketing: technologies, tools, performance evaluation. *Kazan economic Bulletin*. No.5 (19). P. 92–96 (In Rus.).

Sweeney Sh. (2011). Improving prescription medicine adherence is key to better health care [access mode]: http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA_Improving%20Medication%20Adherence_Issue%20Brief.pdf.

Tsvetkova A.B., Skorobogatykh I.I. (2017). Perception of media channels by the youth segment of consumers in the market of medical services. *Marketing and marketing research*. No.2. P.132-144 (In Rus.).

Vajda B. (2011). Compliance and health behaviour in medical services. Hetesi, E. – Kürtösi, Zs. (eds): The diversity of research at the Szeged Institute of Business Studies. JATEPress, Szeged. P. 131–141.

Zvereva N.S. (2016). Psychological features of doctor-patient relations in modern Russian society. *Social acmeology and psychology*. No.4. P. 131–136 (In Rus.).