

ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Адаптация тренинга по коммуникации для поставщиков медицинских услуг: пример преобразования результатов исследований в практическую работу

Brett J Craig¹, Aizhan Kapysheva²

¹ Факультет искусств и наук, Фармацевтический колледж Сент-Луиса, Сент-Луис, Соединенные Штаты Америки

² Факультет международных отношений и связей с общественностью, Колумбийский университет, Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки

Автор, отвечающий за переписку: Brett J Craig (адрес электронной почты: Brett.Craig@stlucop.edu)

АННОТАЦИЯ

Исходные данные. Неудовлетворенность пациента оказанными услугами и недоверие к учреждениям первичной медико-санитарной помощи могут негативно отражаться на взаимоотношениях между поставщиком услуг первичной медико-санитарной помощи и пациентом, что, в свою очередь, сказывается на показателях здоровья. Тренинг по коммуникации для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи может эффективно способствовать улучшению взаимоотношений между поставщиками услуг и пациентами и укреплению здоровья. Однако мотивировать поставщиков услуг на улучшение коммуникации – непростая задача, особенно если при разработке учебных программ используются стандартные подходы, не адаптированные к потребностям поставщиков услуг и к местным и контекстуальным аспектам их работы.

Методы. На основании оценки потребностей пациентов и поставщиков услуг, а также через регулярную обратную связь в рамках учебного курса по коммуникации для поставщиков медицинских услуг в Казахстане,

были разработаны адаптированные материалы для обучения коммуникации, что позволило повысить ориентированность первичных медико-санитарных услуг на нужды людей и учесть конкретные потребности поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи.

Результаты. Благодаря (i) тому, что поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи смогли воочию увидеть, что в учебный курс включены их конкретные потребности, и (ii) позиционированию навыков коммуникации в качестве индивидуально подобранных решений для реагирования на проблемы, с которыми поставщики услуг сталкиваются при лечении пациентов, тренинг по коммуникации позволил успешно преодолеть сопротивление поставщиков услуг и обеспечить их приверженность улучшению коммуникации.

Выводы. Преодоление сопротивления поставщиков услуг позволяет повысить эффективность внедрения навыков коммуникации и вероятность их применения на практике.

Ключевые слова: КОММУНИКАЦИЯ МЕЖДУ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ И ПАЦИЕНТОМ, КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ДОВЕРИЕ, ТРЕНИНГ ПО КОММУНИКАЦИИ, КАЗАХСТАН

ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Переход к модели первичной медико-санитарной помощи требует изменений в поведении пациента, связанном с доступом к услугам, получением информации здравоохранения и принятием информированных решений о здоровье за пределами системы здравоохранения. Аналогичным образом, изменения необходимы и со стороны поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, которые должны обеспечить ориентированность

услуг на нужды людей, поддерживая пациентов по мере изменения их поведения и приобретения ими новых знаний и элементов мотивации. Сдвиг в сторону услуг, ориентированных на нужды людей, включая вовлечение пациентов и их семей, людей, обеспечивающих уход, и расширенных групп поддержки (1), требует сдвига в отношениях между поставщиком услуг и пациентом. Успех такого сдвига зависит от способности поставщиков услуг в системе здравоохранения эффективно доносить до пациентов информацию о своих новых функциях,

обязанностях и ожиданиях. Коммуникация, призванная обеспечить доверительные отношения, повышает уровень удовлетворенности пациентов, эффективности использования услуг и приверженности лечению, способствуя изменению связанного со здоровьем поведения пациентов, что, в свою очередь, улучшает показатели здоровья (2–5).

Поставщики медицинских услуг могут самостоятельно осваивать навыки коммуникации (6–9), однако для повышения ориентированности на нужды людей таким образом, чтобы это способствовало выстраиванию доверительных отношений, одного лишь процесса распространения навыков или примеров эффективной практики недостаточно (10). В первую очередь поставщиков услуг необходимо убедить том, что улучшение навыков коммуникации несет в себе конкретные преимущества. Для этого следует устранить барьеры (как реальные, так и предполагаемые) на пути к конструктивной коммуникации между поставщиками услуг и пациентами, а также продемонстрировать, что поведение пациентов во многом является результатом коммуникативных практик поставщиков услуг. Иными словами, в разработке учебного курса, нацеленного на преодоление сопротивления поставщиков услуг и повышение уровня их навыков, необходимо использовать те же принципы коммуникации для укрепления доверия и повышения приверженности лечению, которые преподаются поставщикам услуг в целом.

МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В данном примере из практики описывается опыт разработки и проведения адаптированного тренинга по коммуникации для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, реализованный в Казахстане при поддержке Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи и в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Казахстана. Эта работа проводилась в целях содействия повышению ориентированности медико-санитарной помощи на нужды людей и поддержки процессов эффективного консультирования для коррекции поведения, связанного со здоровьем. Однако для обеспечения эффективности такого тренинга прежде всего требовалось проанализировать факторы, связанные с контекстом существующих взаимоотношений между поставщиком услуг и пациентом, и барьеры, препятствующие повышению уровня доверия и сотрудничества между поставщиками услуг и пациентами. Проект проводился в несколько этапов:

- этап 1: оценка потребностей и уровня удовлетворенности пациентов в пилотных областях (май 2015 г.);
- этап 2: оценка потребностей поставщиков услуг в пилотных областях (декабрь 2015 г.);
- этап 3: проведение пробного тренинга для выбранных поставщиков услуг (март 2016 г.);
- этап 4: проведение скорректированных тренингов в более обширных группах поставщиков услуг в обеих пилотных областях (июнь 2016 г.);
- этап 5: организация последующих визитов в медицинские учреждения в пилотных областях для наблюдения и контроля в целях поддержки (январь 2017 г.);
- этап 6: проведение тренингов в сельских медицинских учреждениях с целью укрепления навыков коммуникации и предоставления новых учебных материалов (май 2017 г.).

Каждый последующий этап проекта строился на основе уроков, усвоенных на предыдущем этапе, и структура данного примера из практики следует этой логике. Сначала приводится описание процесса оценки потребностей пациентов и поставщиков услуг, затем разъясняется этап разработки и проведения учебного курса (включая оценку восприятия и актуальных проблем для обеих сторон) с циклами обратной связи для корректировки учебных материалов. В конце работы приводятся результаты обучения и усвоенные уроки, а также предлагается общий анализ роли тренинга по коммуникации для поставщиков услуг в дальнейшем укреплении первичной медико-санитарной помощи.

ЭТАП 1: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

В сотрудничестве с агентствами Организации Объединенных Наций и в рамках мероприятий по улучшению показателей здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ провело экспресс-оценку систем здравоохранения в двух пилотных областях Казахстана – Мангистауской и Кызылординской. Оценка показала, что расширение участия пациентов и их вовлечение в разработку и реализацию политики в области медицинского обслуживания поможет укрепить систему первичной медико-санитарной помощи и улучшить показатели здоровья у пациентов. По итогам этой работы ВОЗ предложила изучать позицию и точку

зрения пациентов для разработки стратегий по активизации участия пациентов в соответствующих процессах.

В двух областях было проведено 14 встреч фокус-групп с участием пациентов, организованных в отдельных кабинетах в поликлиниках (табл. 1). Для предупреждения предвзятого отношения или принуждения при получении отзывов от пациентов, соответственно, к участию в исследовании приглашались пациенты, посетившие поликлинику в этот же день, а присутствие работников здравоохранения на фокус-группах не допускалось. Сделанные в ходе обсуждений аудиозаписи были расшифрованы, после чего тексты анализировались и кодировались по темам, имеющим отношение к восприятию и удовлетворенности пациентов (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В контексте восприятия пациентами своего опыта обращения к системе здравоохранения отмечалась неудовлетворенность взаимодействием между поставщиком услуг и пациентом в системе первичной медико-санитарной

помощи, в первую очередь связанная с особенностями поведения поставщиков. Несмотря на то, что на удовлетворенность пациентов также влияли некоторые институциональные факторы (такие как состояние учреждения или уровень обеспеченности его кадрами), было очевидно, что значительного улучшения ситуации можно добиться путем воздействия на навыки коммуникации поставщиков услуг. Неудовлетворенность и недоверие пациентов негативно влияют на обращаемость за услугами, раскрытие информации, приверженность лечению и коррекцию поведения, связанного со здоровьем (2, 4). Подавляющее большинство жалоб пациентов, зафиксированных в Казахстане, связаны с неудовлетворенностью тем, как было обеспечено реагирование на их потребности со стороны медицинских работников (11). Подобная неудовлетворенность негативно сказывается не только на отношении пациентов к системе здравоохранения, но и на их показателях здоровья. Для пациентов в Казахстане чрезвычайно важны хорошие взаимоотношения с поставщиками услуг здравоохранения (12), однако ожидания пациентов и поведение поставщиков услуг не способствуют выстраиванию

ТАБЛИЦА 1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ФОКУС-ГРУППАХ

| Область | Участники | Пол | Этническая принадлежность | Возраст | Учреждение |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------|--|------------------|--|
| Мангистауская | 9,2 на группу (всего 55); 6 групп | М=20 (36,4%); Ж=35 (63,6%) | Казахи=51 (93%); русские=4 (7%) | 50,1 (19–78 лет) | Городская поликлиника № 2, г. Актау Сельская врачебная амбулатория, с. Акшукур Районная поликлиника, г. Форт-Шевченко Районная больница, г. Форт-Шевченко Областная больница, г. Актау Городская поликлиника № 1, г. Актау |
| Кызылординская | 8,4 на группу (всего 67); 8 групп | М=26 (39%); Ж=41 (61%) | Казахи=62 (92,5%); русские=5 (7,5%) | 56,7 (35–79 лет) | Поликлиника № 1, г. Кызылорда Поликлиника № 2, г. Кызылорда Поликлиника № 3, г. Кызылорда Поликлиника № 6, г. Кызылорда Больница, г. Кызылорда Больница, с. Шаган Поликлиника/амбулатория, с. Теренозек Поликлиника, с. Шаган |

Ж – женщины; М – мужчины

ТАБЛИЦА 2. ОБЗОР МНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ, ПРОДЕМОНСТРИРОВАННЫХ НА ФОКУС-ГРУППАХ

| Тема обсуждения | Категория | Кодировка |
|--|---------------------------------|--|
| Обращение в систему здравоохранения | Доступ (качество) | Коррупция Стоимость Частный |
| | Доступ (своевременный) | Учреждения (удаленность) Очереди Персонал Степень тяжести болезни |
| Взаимодействие с поставщиком медицинских услуг | Отношение поставщика услуг | Все объясняет Уделяет личное внимание Внимательно слушает Уважительный Поддержка (доброта) |
| | Характеристики поставщика услуг | Способность вылечить Непрерывное образование Осведомленность Формальное образование |
| Приверженность лечению | Внешние факторы | Зависимость Окружение Вера Бессилие |
| | Внутренние факторы | Образ жизни (питание и физическая активность) Фиксированная идентичность Самозффективность |

Ж – женщины; М – мужчины

доверительных отношений. Пациенты склонны относить детерминанты своего здоровья на счет неконтролируемых факторов, таких как этническая принадлежность (13), или же связывать их с работой поставщика услуг, при этом не соотнося их со своим образом жизни или отношением к собственному здоровью (14). Было определено, что эффективным способом устранения этих неверных представлений может стать тренинг по коммуникации для поставщиков медицинских услуг, который позволит не только улучшить повседневные взаимоотношения между поставщиками и пациентами, но и решить другие проблемы, выявленные по результатам опроса пациентов. Также были определены и другие ожидаемые результаты для пациентов: повышение доверия к системе здравоохранения и улучшение понимания того, каким образом изменения в образе жизни помогут укрепить здоровье.

ЭТАП 2: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

На данном этапе было проведено 10 встреч фокус-групп с участием врачей общей практики или сестринского персонала (табл. 3). Чтобы исключить вероятность

принуждения, не допускалось присутствие на встречах руководящих сотрудников или администрации. Как и на первом этапе, были сделаны аудиозаписи обсуждений, впоследствии расшифрованные для анализа. Эта оценка позволила получить информацию об отношении поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи к коммуникации с пациентами и к системным трудностям (табл. 4), а также продемонстрировала поставщикам услуг, что их насущные проблемы и восприятие ситуации не игнорируются.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Взгляды и позиции поставщиков услуг могут быть разделены на три основные группы: (i) трудности в выполнении работы, связанные с системой здравоохранения; (ii) видение коммуникации с пациентами; (iii) взгляды и опыт в отношении приверженности пациентов назначенному лечению.

В отношении системных трудностей поставщики услуг отмечали, что полноценному осуществлению их функций препятствуют такие факторы, как большой объем

ТАБЛИЦА 3. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ФОКУС-ГРУППАХ

| Область | Участники | Пол | Профессия | Возраст | Учреждение |
|----------------|------------------------------------|-----------------------------|---|---|--|
| Мангистауская | 7 на группу (всего 28); 4 группы | М=0 (0%); Ж=28 (100%) | Врачи=12 (2 фокус-группы); медсестры=16 (2 фокус-группы) | Врачи=40,6 (26–54 лет); медсестры=44,8 (24–55 лет) | Городская поликлиника № 2, г. Актау |
| | | | | | Районная поликлиника, г. Форт-Шевченко |
| Кызылординская | 13,7 на группу (всего 82); 6 групп | М=6 (7,3%); Ж=76 (92,7%) | Врачи=38 (3 фокус-группы); медсестры=44 (3 фокус-группы) | Врачи=38,3 (25–66 лет); медсестры=36,9 (23–55 лет) | Поликлиника № 1, г. Кызылорда |
| | | | | | Поликлиника № 3, г. Кызылорда |
| | | | | | Районная поликлиника, г. Кызылорда |

Ж – женщины, М – мужчины

ТАБЛИЦА 4. ОБЗОР МНЕНИЙ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ, ПРОДЕМОНСТРИРОВАННЫХ НА ФОКУС-ГРУППАХ

| Тема обсуждения | Категория | Проблемы |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Системные проблемы | Условия работы | Платно или бесплатно |
| | Регламентирующая политика | Бумажная работа Ресурсы Поддержка Рабочая нагрузка |
| Коммуникация с пациентами | Поведение поставщиков услуг | Опыт Позитивное подкрепление Взаимопонимание Доверие |
| | Поведение пациентов | Ищет внимания Требовательный Неуважительный |
| Приверженность пациентов лечению | Барьеры по мнению пациентов | Казахская идентичность Самозффективность |
| | Барьеры по мнению поставщиков услуг | Экономический статус Превентивные установки Личная ответственность Воспринимаемая степень тяжести |

работы с документами и ограниченные ресурсы, а также что политика в области медицинского обслуживания негативно влияет на поведение пациентов. Касательно коммуникации с пациентами поставщики услуг сделали упор на собственном коммуникативном поведении, которое, по их мнению, помогает им общаться с пациентами, и на коммуникативном поведении пациентов, которое, как они считали, затрудняет позитивное взаимодействие. Наконец, видение поставщиками услуг вопроса приверженности лечению также можно разделить на две составляющие: препятствующие приверженности факторы по мнению пациентов и препятствующие приверженности

факторы по мнению поставщиков услуг. Поставщики услуг предоставили информацию не только о том, что говорят им пациенты, но и о своем восприятии факторов, препятствующих изменению поведения и приверженности лечению. Эти результаты показали, что восприятие поведения и отношения поставщиков услуг к пациентам зачастую разнилось среди поставщиков услуг и пациентов.

Упоминание административных барьеров было важным с точки зрения понимания того, что поставщики услуг считают, что на коммуникацию с пациентами влияют не только проблемы, непосредственно связанные с самими

пациентами, но и внешние факторы. Однако таким утверждениям не хватало саморефлексии, и на эту проблему следует обратить внимание при проведении тренинга по коммуникации. Более того, тот факт, что упор был сделан на административные барьеры и проблемных пациентов, может быть свидетельством возможного сопротивления тренингу по коммуникации, в котором эти внешние факторы не учитываются и ставится лишь одна цель – изменить поведение поставщиков услуг, как будто бы предполагая, что именно они являются единственной причиной всех проблем.

ЭТАП 3: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБНОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ ВЫБРАННЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

По результатам оценки восприятия со стороны пациентов и поставщиков услуг был разработан учебный курс (тренинг) по коммуникации, призванный улучшить коммуникацию поставщиков услуг посредством выстраивания доверительных отношений и поддержки изменений в поведении. На этом раннем этапе были использованы учебные материалы, полученные на основании более ранних исследований научно обоснованных практик по улучшению коммуникации между поставщиками услуг и пациентами, которые позволяют повысить ориентированность услуг на нужды людей и способствуют участию пациентов в принятии решений (15). Также в программу курса были включены стратегии изменения коммуникативного поведения (такие как мотивационное интервьюирование), нацеленные на решение очерченных поставщиками услуг проблем, связанных с отсутствием приверженности лечению у пациентов и их неспособностью отказаться от нездорового образа жизни (16). Наконец, в ответ на крайне эмоциональные высказывания поставщиков услуг в программе тренинга были предусмотрены вопросы понимания и предупреждения эмоционального выгорания. Перед тем как организовать тренинг в больших группах поставщиков услуг в пилотных областях, был проведен пилотный тренинг в выбранной группе участников. Целями этого пробного тренинга было предоставление информации и улучшение навыков в названных сферах и получение обратной связи от участников для последующей доработки учебного курса.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пилотный тренинг продемонстрировал необходимость внесения в курс ряда изменений, как то: включение дополнительных практических упражнений, таких как ролевые игры, сжатие информационных блоков для более легкого восприятия информации, расширение сессии по работе с агрессивными пациентами и увеличение числа

практических занятий по ведению пациентов с различными проявлениями поведения в отношении здоровья в рамках сессии, на которой рассматривались методы информирования пациентов о необходимости изменить свое поведение. Для того чтобы сделать эту информацию более удобной для практического применения, был изменен формат сессий – теперь они начинались с демонстрации участниками имеющихся у них знаний и навыков, после чего ведущие тренинга предлагали свои корректировки, моделируя более эффективные стратегии коммуникации.

ЭТАП 4: ПРОВЕДЕНИЕ СКОРРЕКТИРОВАННЫХ ТРЕНИНГОВ В БОЛЕЕ ОБШИРНЫХ ГРУППАХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

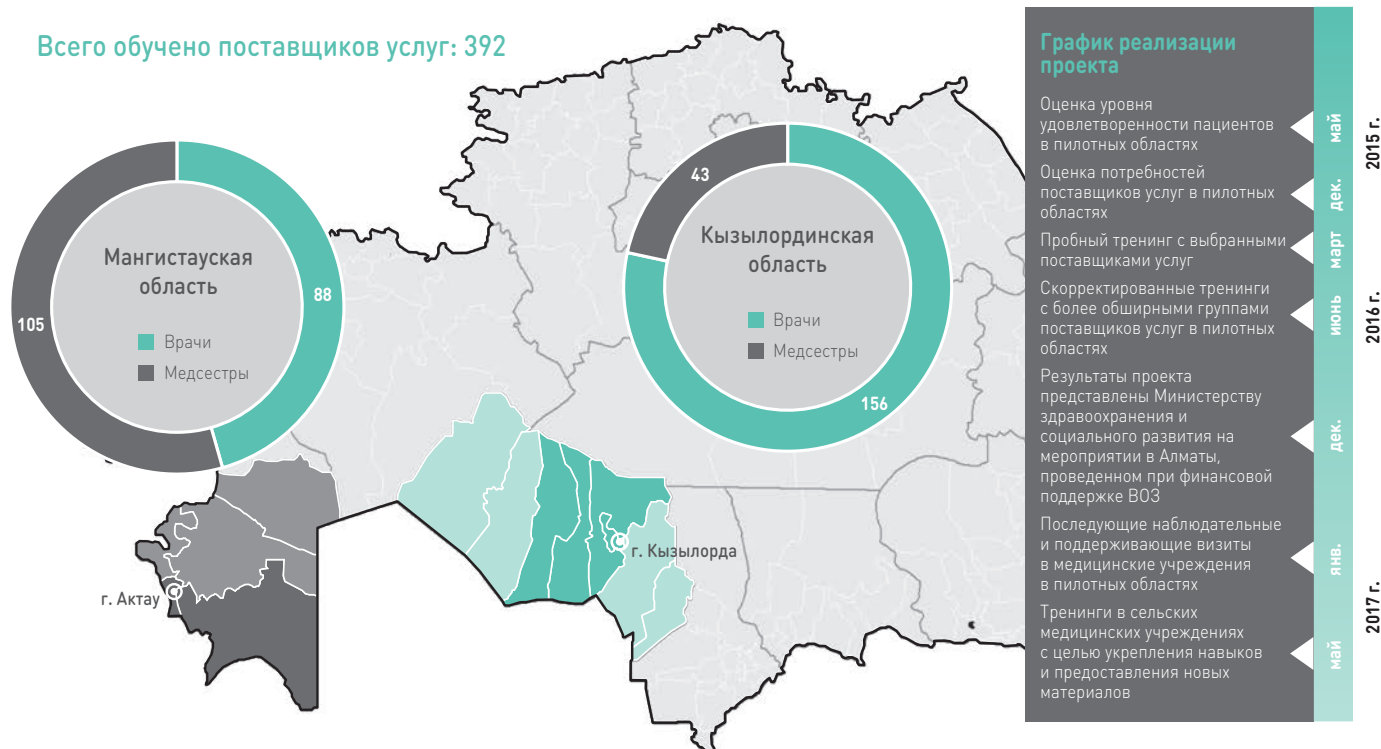
Затем в каждой области были проведены более обширные тренинги, участники которых отбирались местными управлениями здравоохранения. Помимо врачей и сестринского персонала в обучении также приняли участие психологи и социальные работники из поликлиник. Примерно через полгода после тренинга были организованы визиты в поликлиники для оценки коммуникации между участниками тренинга и их пациентами. Согласно результатам этих наблюдений, материалы тренинга далее адаптировались согласно нуждам поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, работающих в сельских поликлиниках в двух участвующих в проекте областях. Всего в учебных мероприятиях приняли участие 392 представителя организаций – поставщиков медицинских услуг (рис. 1).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Учебный курс непрерывно корректировался в целях адаптации и усовершенствования, для чего была проведена оценка эффективности тренинга и комментариев от участников. До и после тренинга участники проходили оценку по ориентационной шкале «поставщик услуг – пациент» (PPOS) (1), на основе которой измерялись изменения в ориентации поставщиков услуг в сторону выстраивания взаимоотношений между ними и пациентами. Затем с помощью t-критерия для парных выборок был проведен анализ средних до- и послетестовых значений PPOS. Этот анализ последовательно демонстрировал общий сдвиг в сторону большей ориентированности поставщиков услуг на нужды людей.

Помимо PPOS, послетестовая оценка включала качественный компонент – анализ примера диалога между поставщиком услуг и пациентом. Участники должны были оценить диалог, используя изученные в рамках тренинга концепции. Эта часть оценки позволила определить концепции,

РИСУНОК 1. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОБУЧЕННЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СРОКИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА



наиболее запомнившиеся участникам и оказавшиеся для них полезными. В конце тренинга участники заполнили анонимные формы для обратной связи, ответив на вопросы о том, какие компоненты тренинга они нашли полезными, изменилось ли их восприятие взаимодействия с пациентами и какие части тренинга они предложили бы улучшить.

В целом участники положительно оценили тренинг, поскольку он помог им лучше понять своих пациентов, и отметили, что теперь смогут оказывать им помощь более эффективно. В частности, как наиболее полезные были отмечены учебные блоки по активному слушанию, коммуникативным средствам коррекции поведения и работе с агрессивными пациентами.

ЭТАП 5: ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ ВИЗИТОВ В МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ПИЛОТНЫХ ОБЛАСТЯХ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ И КОНТРОЛЯ В ЦЕЛЯХ ПОДДЕРЖКИ

Последующие визиты в поликлиники, проведенные приблизительно через полгода после последнего тренинга, продемонстрировали стабильную тенденцию к изменениям

в отношении поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, принявших участие в обучении, к пациентам. Некоторые участники курса сообщили, что внесли в практику работы ряд изменений и что пациенты воспринимают эти изменения положительно.

В то же время наблюдения также указали на сохранение существенных пробелов в отношении самосознания и коммуникации поставщиков услуг для построения доверительных отношений с пациентами. К ним относится следующее:

- отсутствует практика приветствовать пациента, входящего в кабинет врача;
- отсутствует практика, когда врач представляется пациенту (по имени или должности);
- отсутствует практика обращения к пациенту по имени;
- ограничен или отсутствует зрительный контакт с пациентом;

- выражение лица не демонстрирует внимательность и заботу;
- язык тела не передает готовности выслушать и уделить внимание;
- не демонстрируется активное слушание и понимание потребностей и проблем пациента;
- пациенту не предоставляются (или предоставляются в ограниченном объеме) какие-либо разъяснения.

Для решения этих проблем учебные материалы были дополнительно доработаны, с включением в них базовых методов коммуникации (вербальной и невербальной) с момента первого контакта с пациентом. Это позволит преодолеть недоверие, которое многие пациенты испытывают к поставщикам медицинских услуг в контексте общего отношения к системе здравоохранения.

Корректировка учебных материалов проводилась и ранее, но наблюдения выявили еще большую потребность в изменении практики представления себя (то есть поприветствовать пациента и установить с ним контакт), сферы самосознания и навыков достижения поведенческих изменений.

ЭТАП 6: ПРОВЕДЕНИЕ ТРЕНИНГОВ В СЕЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С ЦЕЛЬЮ УКРЕПЛЕНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НОВЫХ УЧЕБНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Учебные материалы были дополнительно доработаны в целях усиления компонентов саморефлексии и приверженности улучшению коммуникации у поставщиков услуг. Вместо того чтобы сразу представлять навыки коммуникации в качестве примеров эффективной практики, перед этим проводилось обсуждение проблем, и участникам предлагалось продемонстрировать свою типичную реакцию и стиль коммуникации в подобных ситуациях. Это упражнение позволило участникам увидеть возможные негативные последствия различных типов поведения и научиться корректировать их для достижения более эффективного результата. Такой акцент стимулировал более активную дискуссию и большее количество вопросов о конкретном опыте и трудностях поставщиков услуг в сельских медицинских учреждениях, что помогло представить учебный курс как реакцию на актуальные проблемы поставщиков услуг в том виде, в каком они ими воспринимаются, а не формально.

РИСУНОК 2. РЕАГИРОВАНИЕ НА АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА



Заключительный учебный курс, подготовленный для проведения в сельских поликлиниках, был дополнительно скорректирован и включал следующие вопросы: важность приветствия, представления себя и невербальной коммуникации для поставщиков услуг, демонстрация заинтересованного слушания и понимания через вербальные и невербальные средства общения, умение реагировать на агрессивное поведение и предупреждать его, проверка понимания пациентом рекомендаций и отслеживание приверженности лечению, а также проведение самооценки и оценки с участием коллег для постоянного совершенствования практик коммуникации. Некоторые темы, включить которые в тренинг чаще всего просили поставщики услуг в сельских районах, редко входят в учебные курсы по коммуникации для поставщиков медицинских услуг, и в связи с этим потребовались дополнительные усилия по выработке ответственных мер на основании исследований по различным аспектам коммуникации. Пример таких материалов на основании исследований можно найти в учебном блоке по реагированию на агрессивное поведение пациента – весьма актуальной теме для поставщиков услуг в Казахстане (рис. 2).

УРОКИ, УСВОЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ТРЕНИНГА ПО КОММУНИКАЦИИ

Тренинг по укреплению навыков коммуникации, разработанный с возможностью корректировки в зависимости от обстоятельств и пожеланий поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, осуществляющих деятельность в различных учреждениях здравоохранения, оказывает эффективное воздействие на изменение отношения поставщиков услуг к своим пациентам. Этот первый шаг, способствующий изменению отношения и повышению осведомленности, представляется крайне важным: без него сопротивление поставщиков услуг может оказаться непреодолимым, и тогда новые навыки общения с пациентами не будут применяться. Изменив свое отношение и повысив осведомленность по этим вопросам, поставщики услуг проявили заинтересованность и готовность к работе по развитию навыков эффективной коммуникации с пациентами. Эффективность этого подхода зависит от точной оценки мнений и позиций поставщиков услуг и их методов работы, что наилучшим образом может быть сделано в ходе наблюдения в клинических условиях. Наблюдательные визиты могли бы принести учебному курсу даже еще большую пользу, если бы они были организованы на более ранней стадии, а не после проведения основных тренингов.

Важность адаптации материалов тренинга по коммуникации к конкретным условиям и потребностям поставщиков услуг может быть продемонстрирована на примере учебного блока по коммуникативным средствам коррекции поведения. Основанный на исследованиях в области коррекции поведения и таких стратегиях, как мотивационное консультирование, этот компонент учебного курса также предусматривал рассмотрение поведенческих проблем на местном уровне, многие из которых не описаны в литературе, однако часто затрудняют коммуникацию поставщиков услуг с пациентами в Казахстане. Среди примеров таких факторов можно назвать поведение, связанное с этнической и культурной идентичностью (13), а также другие социальные факторы, такие как традиционные гендерные роли и домашние обязанности. Последовательная адаптация материалов тренинга в течение всего проекта позволила повысить нацеленность этих материалов на конкретные потребности поставщиков услуг и обеспечить их приверженность улучшению своей коммуникации. Вместе с тем этот процесс также продемонстрировал необходимость дальнейших исследований других контекстуальных факторов, которые влияют на коммуникацию в здравоохранении.

Вероятно, наиболее важный урок, извлеченный из этого процесса, состоит в том, что в дополнение к оценке позиций и взглядов поставщиков услуг через фокус-группы формат учебного курса должен также учитывать потребности этих поставщиков услуг и тем самым способствовать преодолению их сопротивления и повышению готовности к коррекции своего коммуникативного поведения. Фокус-группы показали, что неприятие подхода, ориентированного на нужды людей, в т. ч. и данного тренинга по коммуникации, может быть обусловлено убежденностью поставщиков услуг в том, что они бессильны в ситуациях, когда пациенты жалуются, не соблюдают режим лечения и проявляют агрессию. Таким образом, процесс развития возможностей пациентов путем вовлечения их в совместную работу и процесс принятия решений может восприниматься поставщиками услуг в качестве еще одного ограничения их полномочий и влияния на пациентов. В связи с этим данный учебный курс должен позиционироваться как инструмент для предоставления поддержки поставщикам услуг, а не способ корректировки их поведения по отношению к пациентам.

Каждый тренинг начинался с того, что участники определяли проблемы и трудности, с которыми они сталкиваются при работе с пациентами в поликлиниках. Затем эти проблемы разделялись на две группы – проблемы, которые поставщики услуг в состоянии решить, и проблемы,

не поддающиеся их влиянию. Подытожив факторы, препятствующие эффективной коммуникации с пациентами, ведущие курса могли структурировать дальнейшие учебные материалы таким образом, чтобы они были понятны участникам. В рамках этого вступительного упражнения участники обозначали свои проблемы, а ведущие предлагали для них индивидуальные решения. Таким образом, все навыки коммуникации, которые впоследствии моделировались и отрабатывались в ходе тренинга, были с энтузиазмом восприняты участниками.

Проблемы, о которых говорили участники, были восприняты с эмпатией, а поиск решений осуществлялся в ходе совместной работы. Участникам было предложено изучить научно обоснованные методы работы и исследования, посвященные анализу восприятия пациентами аспектов коммуникации с поставщиками услуг. Некоторые представленные участниками проблемы выходили за рамки взаимодействия между поставщиками услуги и пациентами и были связаны с контактами с пациентами, которым пришлось долго прождать в очереди, и агрессивными пациентами, требовавшими ненужных или неподходящих им лекарств, лечебных процедур или госпитализации. Наиболее актуальными для участников оказались навыки, связанные с убеждением, а не информированием пациентов. Основные темы учебного курса были разработаны на основе оценки потребностей. Они практически не менялись от тренинга к тренингу, но упражнения для преодоления сопротивления поставщиков услуг через выявление проблем, а также увеличение числа ролевых упражнений на базе местной ситуации, позволили улучшить восприятие учебного курса и повысить его эффективность для развития новых навыков и повышения уровня самосознания.

ПОДДЕРЖКА ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ В ПРЕОБРАЗОВАНИИ ПРИНЦИПОВ КОММУНИКАЦИИ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ

Поставщики медицинских услуг обычно не рассматривают ведение коммуникации как неотъемлемую часть своих профессиональных обязанностей и зачастую сопротивляются указаниям руководства о совершенствовании таких навыков (18, 19). Одна из причин для этого сопротивления заключается в необходимости включать полученные навыки в клиническую практику (20). Стандартное обучение по вопросам коммуникации – например, Основной учебный курс по коммуникации для работников здравоохранения (21) – подразумевает работу по развитию важных коммуникативных навыков при оказании помощи пациентам,

однако поставщики услуг обычно воспринимают эти учебные мероприятия как обременительный набор предписаний или правил, необходимых лишь для применения в исключительных ситуациях (22). Считается, что коммуникативные навыки не обязательно применять в обычной клинической практике, а их использование положительно воздействует лишь на расположенность пациентов к общению, и поэтому большинство поставщиков услуг предпочитают не задумываться о вопросах коммуникации.

Ввиду того, что жалобы пациентов учитываются при составлении рейтинга медицинских учреждений в Казахстане, администрация и медицинские работники заинтересованы в сокращении их числа (23). В связи с этим тренинг по коммуникации для поставщиков услуг может оказаться более эффективным, если его задача не будет ограничена распространением знаний и навыков – тренинг должен убедительно продемонстрировать, что улучшение коммуникации хотя бы в некоторой степени полезно как для пациента, так и для поставщика услуг и напрямую влияет на показатели здоровья. Для этого ведущие тренинга должны соответствующим образом моделировать принципы коммуникации, которым они намерены обучать поставщиков услуг. Первый шаг этого процесса состоит в том, чтобы выслушать участников и адаптировать тренинг к их потребностям, с демонстрацией понимания этих потребностей. В целях преодоления сопротивления поставщиков услуг и улучшения их отношения к пациентам ведущие изучили потребности и мнения поставщиков услуг перед разработкой и проведением учебного курса. Это позволило им продемонстрировать понимание трудностей, с которыми сталкиваются поставщики услуг в работе с пациентами, и учесть их при выработке эффективных стратегий коммуникации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Учебный курс оказался эффективным во многом благодаря предпринятым первоначальным шагам по сбору информации об опыте и проблемах – сначала с точки зрения пациентов, а затем с точки зрения поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи. Эта предварительная оценка позволила получить представление о конкретных обстоятельствах предоставления и получения медицинской помощи в Казахстане и в ходе учебного курса выработать адаптированные решения для локальных проблем. Помимо этого, ведущие тренинга смоделировали типы коммуникативного поведения, необходимого для поставщиков медицинских услуг. Такая организация курса сыграла важную роль в преодолении сопротивления поставщиков услуг

и повышении их готовности применять полученные новые навыки в общении с пациентами.

В целом участникам было достаточно непросто применить на практике совершенно новые для них знания и навыки, которые они почерпнули из ролевых упражнений. В ходе обсуждений и послетестовой оценки качества участники в то же время последовательно отмечали значительные улучшения в определении проблемных типов коммуникативного поведения и нежелательных результатов такого поведения. Определение проблем – это важный шаг на пути к самооценке методов коммуникации и пониманию их возможных последствий. Поставщики услуг могут развивать и учиться применять коммуникативные навыки самостоятельно, в ходе текущей работы, однако тот факт, что участники научились определять проблемы и нежелательные последствия, ассоциирующиеся с их текущими методами работы, станет прочной основой для дальнейшего совершенствования навыков и практики.

По мере того как системы здравоохранения развивают подходы, ориентированные на нужды людей, поставщики услуг нуждаются в поддержке для внедрения таких подходов в своей практике. Важную роль в этом играет коммуникация с пациентами, нацеленная на повышение уровня доверия и укрепление взаимоотношений между поставщиком услуг и пациентом, благодаря чему поставщики услуг могут получить лучшее представление о потребностях и ожиданиях пациента. Обучение поставщиков услуг навыкам коммуникации может и должно проводиться. В то же время для изменения отношения поставщиков услуг к пациентам и для повышения их приверженности улучшению коммуникативных навыков прежде всего необходимо понять проблемы, о которых говорят поставщики услуг, и затем адаптировать учебный курс таким образом, чтобы он был нацелен на решение этих проблем. Аналогичным образом, для того чтобы быть услышанными поставщиками услуг, администраторы, чиновники, эксперты и ведущие тренингов прежде всего сами должны начать прислушиваться к их мнению.

Выражение признательности: авторы благодарят Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи за предоставленную поддержку в осуществлении проекта, а также управления здравоохранения Мангистауской и Кызылординской областей и, прежде всего, работников здравоохранения, принявших участие в совещаниях фокус-групп и тренингах, за их вклад и усилия по повышению качества медицинского обслуживания пациентов.

Источники финансирования: вышеуказанное исследование и инициатива проводились при финансовой поддержке странового офиса ВОЗ и Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

Конфликт интересов: не заявлен.

Ограничение ответственности: авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC66/15; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1).
2. Eton DT, Ridgeway JL, Linzer M, Boehm DH, Rogers EA, Yost KJ et al. Health care provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *Patient Preference Adherence*. 2017;11:1635–46. doi:10.2147/PPA.S145942.
3. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(3):CD004134. doi:10.1002/14651858.CD004134.pub3.
4. Van Den Assem B, Dulewicz V. Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28:82–95. doi:10.1108/IJHCQA-04–2013–0037.
5. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med*. 2013;91:10–14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005.
6. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007;67(1–2):13–20. doi: 10.1016/j.pec.2007.02.011.
7. Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol*. 2008;27(5):513–22. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.513.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 8 декабря 2018 г.

8. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152–62. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.010.
9. Helitzer DL, LaNoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns.* 2011;82(1):21–9. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.021.
10. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *J Clin Med.* 2017;6(3):33. doi: 10.3390/jcm6030033.
11. В РК не ведется статистика врачебных ошибок. Диапазон. 24 июля 2012 г. (<http://www.diapazon.kz/kazakhstan/kaz-incidents/46360-v-rk-ne-vedetsya-statistika-vrachebnyh-oshibok.html>).
12. Craig BJ, Kabybekova Z. Culture and maternity care in Kazakhstan: what new mothers expected. *Health Care Women Int.* 2014;36(1):41–56. doi: 10.1080/07399332.2014.942904.
13. Craig BJ, Kapysheva A. Situated influences on perceived barriers to health behavior change: cultural identity and context in Kazakhstan. *Ethn Health.* 2017;23(8):831–46. doi: 10.1080/13557858.2017.1296560.
14. Zhumadilova A, Craig BJ, Tsoy A, Gabdrakhmanova A, Bobak M. Patient-centered beliefs among patients and providers in Kazakhstan. *Oschner J.* 2018;18(1):46–52 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855422/>).
15. Kreps GL. Translating health communication research into practice: the importance of implementing and sustaining evidence-based health communication interventions. *Atlantic J Comm.* 2012;20(1):5–15. doi: 10.1080/15456870.2012.637024.
16. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
17. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract.* 2001;50(12):1057–62.
18. Perrona NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14064. doi: 10.4414/smw.2015.14064.
19. Stange KC, Woolf SH, Gjeltema K. One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):320–3. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00413-0.
20. Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Engelberg RA. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA.* 2013;310(21):2271–81. doi: 10.1001/jama.2013.282081.
21. The health professionals core communication curriculum (HPCCC): objectives for undergraduate education in health care professions. Salisbury: International Association for Communication in Health care (EACH); 2014 (https://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf).
22. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns.* 2003;50(1):27–32. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00076-4.
23. С. Каирбекова. Жалобы пациентов войдут в рейтинг медицинских организаций. *Zakon.kz.* 28 февраля 2014 г. (<http://www.zakon.kz/4606203-s.kairbekova-zhaloby-pacientov-vojjdut.html>). ■