УДК 338.2:614.2

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕНЕДЖМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© 2011 г. *Ю. В. Малова*, К. А. Багратиони, М. В. Иванов******

**** Московский государственный университет имени М. В. Ломоносова***
***** Высшая школа управления проектами Национального исследовательского университета — Высшей школы экономики***
****** Научный центр психического здоровья РАМН***

В статье рассмотрен психологический аспект менеджмента здравоохранения, обоснована необходимость совершенствовать менеджмент медицинской помощи в лечебных учреждениях. Предложен подход к оптимизации сотрудничества пациента с медицинским персоналом. Кратко освещены методологические основания.

Ключевые слова: *менеджмент здравоохранения; управление медицинским персоналом; психологический подход.*

Psychological aspect of public health management is analyzed in the article. Medical assistance improvement necessity in the medical institutions is substantiated. An approach to the medical staff and patients' cooperation optimization is suggested. Methodological base is briefly analyzed.

Key words: *public health management; medical staff management; psychological approach.*

Человеческий фактор является определяющим во многих сферах управленческой деятельности. В организации здравоохранения психологическая составляющая играет особую роль в связи с тем, что потребители медицинских услуг находятся в неповседневной, а зачастую и кризисной, экстремальной ситуации — ситуации угрозы жизни. В связи с этим необходимо структурировать психологические запросы пациентов и медицинского персонала, выделить круг наиболее актуальных задач и создать систему оптимизации психологической составляющей оказания медицинской помощи. В данной статье внимание преимущественно сфокусировано на организации такой помощи пациентам с угрожающими жизни заболеваниями в соматических клиниках.

К числу заболеваний, воспринимаемых как угроза для жизни и зачастую требующих длительного дорогостоящего лечения, относятся онкологические заболевания, которые почти всегда становятся потрясением для пациентов; приводят к изменению жизненного мира и жизненной перспективы личности и зачастую вызывают негативные психологические последствия. Распространенность депрессивных расстройств варьирует у пациентов, по разным данным, от 7–21% до 58%. Симптомы тревоги определяются у 15–28% пациентов. 30% пациентов с диагнозом онкологического заболевания нуждаются в психологической поддержке; 42% пациентов со злокачественными опухолями кожи имеют потребность в социально-психологической помощи [4]. Необходимо, чтобы в рамках оказания медицинской помощи, также была предусмотрена *служба психологической помощи*, которая решала бы такие важные задачи, как мониторинг психологического состояния больных и их родственников, оказание индивидуальной и групповой психологической помощи и пр.

Вместе с тем, в число управленческих

задач в сфере здравоохранения необходимо включить совершенствование системы подготовки и переподготовки, развития мотивации медперсонала старшего и среднего звеньев с целью овладения знаниями, умениями и навыками, связанными с решением психологических задач в процессе оказания комплекса медицинских услуг. С учетом превалирующих в современном российском обществе установок, мы не можем отрицать роль личности медицинского работника в принятии судьбоносных решений пациентом с угрожающим жизни заболеванием. Официальная коммерциализация здравоохранения не изменила образ идеального врача у «потенциального потребителя». Медицинские работники должны строить со своими пациентами отношения особого рода, которые были бы основаны на чуткости, уважении и принятии личностных особенностей пациентов, особенностей их реагирования на заболевание и лечение. По мнению [5], «в идеале врачам нужно взять на себя ответственность за построение и планирование жизни пациентов». Как указывает автор [4], «врач начинает с пациентом многолетний путь, на котором он должен предоставить ясность, сочувствие, надежду и уверенность».

Основополагающим является понимание персоналом важности *психологического благополучия* пациента, являющегося, по сути, современным критерием оценки качества медицинских услуг и показателем эффективности управления медицинским персоналом. Существуют исследования, показывающие влияние психологического благополучия, как важнейшей составляющей *качества жизни* пациента, на *продолжительность его жизни*. Ряд известных авторов [6; 7; 8] показали связь вероятности рецидива с активностью психологического совладания с ситуацией заболевания, что, в свою очередь, зависит от качества взаимодействия медперсонала с пациентом. Значение эмоциональной поддержки со стороны медицинского персонала ощутимо уже в первые месяцы лечения и сказывается на весьма отдаленных последствиях. Таким образом, получение поддержки от медперсонала имеет положительное значение для пациента и взаимодействия с ним в будущем, создает необходимые предпосылки для *оптимизации сотрудничества пациента с медицинским персоналом*.

В число задач менеджмента здравоохранения необходимо включить организацию курсов повышения психологической компетентности, тренингов, направленных на развитие навыков эффективной коммуникации, для старшего и среднего медицинского персонала. От медицинского персонала онкологической клиники требуются умение строить доверительную коммуникацию, готовность уделять достаточное внимание психологическим нуждам пациента. При сообщении диагноза онкологического заболевания ключевой задачей является оптимизация уровня тревоги, что помогает более точному восприятию информации. Авторы [5] подчеркивают, что не следует давать пациенту абстрактные надежды на излечение, так как часто надежда на излечение разбивается о конкретные разочарования.

Необходимо совершенствовать менеджмент медицинской помощи в детских лечебных учреждениях с учетом специфики роли родителей в процессе оказания медицинской помощи детям. В работе [4] автор описывает, как, по его мнению, должно строиться взаимодействие медперсонала с родителями детей, больных раком.

В лице врача родителям нужен партнер, всегда готовый к разговору по неотложным вопросам (включая праздничные дни и выходные). Вопросы могут задаваться даже только для того, чтобы реализовать потребность «все спросить».

Отмечаются следующие необходимые аспекты общения медицинского персонала с родителями:

— повторяющиеся разговоры, в которых в детальной и понятной форме сообщается о болезни и ее возможном развитии;

— наглядный показ того, что врачи серьезно воспринимают высказывания родителей и детей;

— открытость и искреннее старание помочь, которое исходит от персонала;

— наглядная демонстрация того, что другие родители и семьи, столкнувшиеся с такими же проблемами, получили эффективную помощь;

— готовность врачей обсуждать с родителями методы лечения, о которых те узнали от знакомых и из газет.

Основной проблемой коммуникации в экстремальной ситуации является искажение при восприятии информации, основная задача врача — минимизация этих искажений. Когда врач сообщает диагноз, больные многое понимают не так, как думает врач. Следовательно, необходимы повторные разговоры с тем же содержанием. Особо травматические детали (опасность рецидивов и указание на безнадежность дальнейшего течения заболевания) вызывают актуализацию защитных механизмов, и даже ясные формулировки могут не дойти до сознания и должны быть повторены. Часто врачам очень сложно говорить об одних и тех же фактах снова и снова четко и ясно без бесчувственной сухости.

Содержание сообщения врача должно быть открытым и точным — ясное формулирование диагноза, возможностей лечения, указание на побочное действие и риски терапии, прогноз. Требуется готовность к следующим вопросам: об уверенности в диагнозе, причинах, наследственности и опасности для родных братьев и сестер. Разговор должен вести опытный врач, молодые врачи должны присутствовать, чтобы знакомиться с содержанием разговора и реакцией больного. Рекомендовано участие психолога.

Тренинги эффективной коммуникации направлены на обучение медперсонала некоторому набору правил, неукоснительное соблюдение которых сделает взаимодействие с пациентами психологически эффективным. Методологически оно основано на моделировании структуры коммуникации, ее механизмов, на исследованиях, которые показали эффективность разных типов задавания вопросов, полезность аудиального и визуального сопровождения предоставления информации.

Характерным примером такого набора правил, рассчитанного на усвоение медперсоналом в ходе тренинга, является «курс коммуникативных навыков» для общения с неизлечимыми пациентами, предложенный в [1].

Предлагается оптимальная структура беседы медсестры с новым пациентом:

— представиться, обозначить цель беседы;

— установить, каковы ожидания пациента в отношении его пребывания в клинике (насколько они реалистичны);

— собрать информацию по истории болезни, опыту лечения в интерпретации самого пациента;

— выявить соматические жалобы в их взаимосвязи с психологическими;

— выявить значимые взаимоотношения, ресурс психологической и практической поддержки, благополучие сексуальных отношений, хобби пациента, способность справляться с домашними обязанностями;

— выявить особенности психологического реагирования, изменения настроения, тревожные и депрессивные проявлений;

— резюмировать сообщенное пациентом и предложить пациенту выделить главную проблему.

При всей очевидной целесообразности тренингов эффективной коммуникации они не являются гарантом абсолютного успеха — необходимо учитывать и более широкий спектр подходов к взаимодействию медицинского персонала с пациентами, больными раком [3]. Известны данные проведенного в 2005 г. исследования [9] с целью определения ответа на вопрос «Как люди, больные раком, описывают и объясняют полезные и неполезные коммуникации в процессе оказания им помощи?», что «позволило осуществить более глубокое изучение тонких аспектов коммуникации» медперсонала с пациентами [2]. Авторы проанализировали сообщения 200 пациентов о положительно и отрицательно оцениваемых контактах с медперсоналом и «зафиксировали всепроникающий характер жажды человеческой связи». Они пришли к выводу, что важнейшим аспектом коммуникации в контексте лечения от рака является отсутствие анонимности, ощущение собственной *персональной «знаемости»* со стороны лиц, оказывающим им помощь. В противоположность этому, «незнаемость» часто воспринималась как формальная ориентация клинического контакта. «Незнаемость» также часто включала чувства отсутствия интереса или безразличия к активной деятельности пациента или его/ее индивидуальной уникальности. Объясняя, что они

подразумевают под «знаемостью», пациенты обычно сообщали об особых знаках со стороны персонала как о «признаках человеческой связи» — это были контакт глаз, принятие во время беседы сидячего положения в отличие от стоячего, запоминание имени пациента, данных истории болезни, его персональной информации, неторопливое консультирование. Общими для оценок «знаемости» были случаи, в которых в процессе клинических контактов была подтверждена уникальная индивидуальность. Другой важнейший элемент «знаемости» — чувство признания персоналом уникальности трудностей онкологического заболевания.

Еще один путь достижения эффективности контакта медперсонала с пациентами связан с ориентацией на индивидуально-типологические, характерологические особенности последних и соответствующей дифференциацией коммуникативных тактик [10; 11]. Также широкие перспективы в сфере оптимизации менеджмента здравоохранения имеет конфликтологический подход в работе с персоналом медицинского учреждения [10].

Заключение

На современном этапе менеджмент здравоохранения должен учитывать психологическую составляющую как деятельности самого медицинского персонала, так и взаимодействия персонала с пациентами. Современные стандарты медицинского обслуживания и уровень ожиданий пациентов требует понимания их психологических потребностей развития навыков эффективной коммуникации у персонала.

Литература

1. Care of the dying. A pathway to excellence. // Ed. by Ellershaw J., Wilkinson S. — London: Oxford University Press, 2003. — P. 74–89.

2. *Clipp E. C., Hollis D. R., Cohen H. J.* Considerations of psychosocial illness phase in cancer survival. // Psycho-Oncology. — 2001. — Vol. 10. — P. 166–178.

3. *Giacalone A., Blandino M., Talamini R., Bortolus R., Spazzapan S., Valentini M., Tirelli U.* What elderly cancer patients want to know? Differences among elderly and young patients. // Psycho-Oncology. — 2006. — Vol. 16. — P. 365–370.

4. *Gutjahr P.* Krebs bei Kindern und Jugendlichen: Klinik und Praxis der pädiatrischen Onkologie. — Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2004. — S. 517–605.

5. *Hankemeier U. B., Krizanits F. H., Schüle-Hein K.* Tumorschmerztherapie. — Berlin: Springer, 2004. — S. 278–296.

6. *Parsons S. K., Mayer D. K., Sullivan A. M., Jeruss S., Terrin N., Tighiouart H., Grier H. E., Block S., Saiki-Craighill S., Nakagawa K., Iwata Y., Hara J.* Telling children and adolescents about their cancer diagnosis: Cross-cultural comparisons between pediatric onkologists in the US and Japan. // Psycho-Oncology. — 2007. — Vol. 16. — P. 60–68.

7. *Schroevers M. J., Helgeson V. S., Sanderman R., Ranchor A. V.* Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. // Psycho-Oncology. — 2010. — Vol. 19. — P. 46–53.

8. *Tedeshi R. G., Calhoun, L. G.* Posttraumatic Growth: Conceptual Foundation and Empirical Evidence. // Psychological Inquiry. — 2004. — Vol. 15. — P. 1–18.

9. *Thorne S. E., Kuo M., Armstrong E.-A., McPherson G., Harris S.R., Hislop T. G.* “Being known”: patients’ perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. // Psycho-Oncology. — 2005. — Vol. 14. — P. 887–898.

10. *Багратиони К. А.* Причины конфликтов между сотрудниками: психологический подход. // Российское предпринимательство. — 2010. — №12. — Вып. 2. — С. 77–82.

11. *Возный Э. К., Малова Ю. В.* Индивидуально-психологический подход в комплексном лечении онкологических больных. // Вопросы онкологии. — 1999. — Т. 45. — №2. — С. 29–38.

Поступила в редакцию *21 августа 2011 г.*

Юлия Владимировна Малова — кандидат психологических наук, старший научный сотрудник кафедры экстремальной психологии и психологической помощи факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

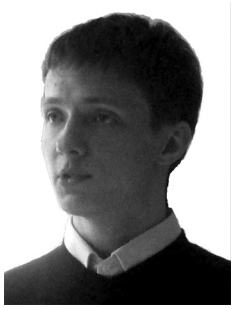
Yuliya Vladimirovna Malova — Ph.D., Candidate in Psychology, senior staff scientist at the Extreme Psychology and Psychological Relief department of Lomonosov Moscow State University.

119415, г. Москва, ул. Лобачевского, д. 16, кв. 26
16 Lobachevskogo st., app. 26, 119415, Moscow, Russia
Тел.: +7 (495) 431-49-78; e-mail: malova.yulia@gmail.com

Константин Амиранович Багратиони — преподаватель Высшей школы управления проектами Национального исследовательского университета — Высшей школы экономики.

Konstantin Amiranovich Bagrationy — lecturer of National Research University “Higher School of Economics” Higher School of Project Management.

115470, г. Москва, Нагатинская наб., д. 40/1, кв. 747
40/1 Nagatinskaya emb., app. 747, 115470, Moscow, Russia
Тел.: +7 (903) 569-69-09; +7 (499) 618-03-44; e-mail: sau_ko@mail.ru



Михаил Владимирович Иванов — младший научный сотрудник отдела по изучению психической патологии раннего детского возраста Научного центра психического здоровья Российской академии медицинский наук.

Mikhail Vladimirovich Ivanov — junior staff scientist at the Infants and Children Psychiatric Pathology Research department of RAMS Mental Health Research Center.

115191, г. Москва, Духовской пер., д. 16, кв. 38
16 Dukhovskoy ln., app. 38, 115191, Moscow, Russia
Тел.: +7 (963) 691-29-25; e-mail: ivanov-michael@mail.ru