ВРАЧ — ПАЦИЕНТ

© Андриянов С.В., Чернышков Д.В., 2016

УДК 614.253

Андриянов С.В., Чернышков Д.В.

КОММУНИКАТИВНЫЙ ПОДХОД В СОВРЕМЕННЫХ ПРАКТИКАХ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ)

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Минздрава России, 410012, г. Саратов, Россия

Для корреспонденции: Чернышков Данила Всеволодович, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского, chervyd@mail.ru

Представлен анализ возможности использования коммуникативного подхода к изучению институционализированных практик здоровьесбережения в рамках социологии медицины с учетом новой парадигмы 4П-медицины. Здоровьесбережение определяется как процесс сохранения и укрепления здоровья, требующий повышения ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих на основе осознания личной ответственности. Интерпретация здоровьесбережения возможна на уровне макро- и микропроцессов. В последнем случае включается комплекс субъективных процессов, позволяющих осуществление анализа с применением феноменологической традиции и традиции социального конструирования, значительно расширяющих исследовательские перспективы формирования современных практик здоровьесбережения.

Ключевые слова: здоровьесбережение; коммуникация; коммуникативный подход; 4П-медицина; школа здоровья.

Для цитирования: Андриянов С.В., Чернышков Д.В. Коммуникативный подход в современных практиках здоровьесбережения (на примере школ здоровья). *Социология медицины*. 2016; 15 (1): 18—51.
DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-48-51

Andrianov S.V., Tchernishkov D.V.

THE COMMUNICATIVE APPROACH IN MODERN PRACTICES OF HEALTH PRESERVATION AS EXEMPLIFIED BY SCHOOLS OF HEALTH

The V.I. Razumovskii Saratov state medical university, 410012 Saratov, Russia

The analysis of possibility of applying communicative approach to investigation of institutionalized practices of health preservation within the framework of sociology of medicine considering new paradigm of 4P-medicine is presented. The health preservation is determined as a process of preservation and promotion of health requiring increasing of value attitude to one self's health and health of one's people on the basis of awareness of personal responsibility. The interpretation of health preservation is possible at the level of macro- and micro-processes. In the last case, the complex of subjective processes is involved permitting to implement analysis with application of phenomenological tradition and tradition of social engineering significantly enhancing research perspectives of development of modern practices of health preservation.

Key words: health preservation; communication; communicative approach; 4P-medicine; school of health

For citation: Andrianov S.V., Tchernishkov D.V. The communicative approach in modern practices of health preservation as exemplified by schools of health. *Sociologia meditsini*. 2016; 15 (1): 48—51 (in Russ.).
DOI 10.1016/1728-2810-2016-15-1-48-51

For correspondence: Tchernishkov D.V., post-graduate student of the chair of philosophy, bioethics and law with course of sociology of medicine. e-mail: chervyd@mail.ru

Received 29.02.16
Accepted 01.04.16

Здоровье населения является одним из показателей успешной социальной политики государства. В исследовательских программах социологов, посвященных здоровьесбережению, оно трактуется как стимул и ориентир повседневной практики, который воспринимается значительной частью россиян как приоритетная ценность. Изучая здоровьесбережение, большинство авторов сконцентрировалось на поведенческих особенностях представителей разных социальных групп [1—3]. Оценить тенденции развития здоровьесбережения в настоящее время невозможно без понимания

дихотомии: здоровьесбережение — это жизненная необходимость индивида или благо, "даруемое" системой здравоохранения. Важно обозначить, что, поскольку ограничения в сфере медицинского страхования и монетизация услуг здравоохранения привели к сложной и неоднозначной ситуации доступности диагностики и лечения на должном уровне [4], одним из ключевых вопросов становится конструирование системы информированности и мотивации в вопросах здоровьесбережения каждого индивида и населения в целом, а также отдельных социальных групп. Другим важным

Врач — пациент

условием оптимизации процесса здоровьесбережения является успешная коммуникация всех субъектов лечебного взаимодействия. Данная позиция представляется перспективной и новой с учетом современной парадигмы 4П-медицины — инновационного развития здравоохранения. Как указывает Н.Ф. Герасименко, к основополагающим принципам 4П-медицины относятся предиктивность (предсказательность), превентивность (профилактика), персонализация, партисипативность (участие, партнерство). Использование первого принципа позволяет прогнозировать заболевания на основе индивидуальных особенностей генома (создание вероятностного прогноза здоровья на основании генетических исследований). Второй принцип делает возможным работать на опережение: предотвращение появления заболеваний с помощью их профилактики, а также вакцин и препаратов для ремонта поврежденных генов. Третий принцип основан на индивидуальном подходе к каждому больному (создание уникального генетического паспорта для лечения и наблюдения за здоровьем пациента). Четвертый принцип базируется на широком сотрудничестве врачей-специалистов и пациентов [5], т. е. включает коммуникативный аспект лечебного процесса, рассматриваемый нами на примере школ здоровья.

В рамках социологии медицины традиционная схема коммуникативного процесса выстроена следующим образом: врач/медицинский персонал — пациент, пациент — пациент, семья/знакомые — пациент [6—8], реализуемая в школах здоровья для пациентов с разными заболеваниями (туберкулез, астма, сахарный диабет, гепатит).

Предмет нашего научного интереса лежит в рамках коммуникативного подхода к анализу практик здоровьесбережения. Необходимо уточнить, что мы исходим из определения здоровьесбережения как процесса сохранения и укрепления здоровья, требующего повышения ценностного отношения к собственному здоровью и здоровью окружающих на основе осознания личной ответственности [3, 9]. Интерпретируя здоровьесбережение на уровне микропроцессов, его можно препарировать через жизненную ситуацию человека, рассмотренную как непосредственная данность, фиксируемая через объективные параметры. Эта данность опосредована, воспринята и оценена им через субъективные личные когнитивные, мотивационные и рефлексивные процессы. В этом случае прояснение структуры представлений о здоровьесбережении возможно осуществить через интересующие характеристики знания о себе, разработанные в рамках школы феноменологической социологии А. Шюцем и в традиции социального конструирования П. Бергером и Т. Лукманом.

Человеку дано представление о себе, включенное в корпус более общего знания о социальном мире, который, согласно А. Шюцу, составляет intersubjective мир повседневности. Последний представляет собой смысловой универсум, состоящий из совокупности значений, которые человек интерпретирует для того, чтобы приобрести опору в мире, приходит к соглашению с ним. Такая совокупность возникает и формируется в человеческих действиях современников и их предшественников: "любая интерпретация мира основана на предыдущем знакомстве с ним — нашем лично или передаваемом нам родителями и учителями. Этот опыт в форме "наличного знания" выступает как схема, с которой мы соотносим все наши восприятия и переживания [10, с. 129]. Данная схема основана на ти-

пологизации и индивидуализации ряда объектов, находящихся в соотношении с другими, ранее воспринятыми, образующими самоочевидное поле опыта, не подвергающегося сомнению. В процессе взаимодействия друг с другом индивиды "соединяют" повседневные миры, обеспечивая тем самым социальное распределение знания, включая и знания о других людях. Через понимание других людей конституируется типичный способ их деятельности, происходит адаптация самопонимания, собственной деятельности и ее мотивов. Одновременно обретается представление о том, как он сам "отражается" в сознании других, какова объективация его самопрезентации.

В ситуации взаимной коммуникации понятие intersubjectivity опирается на актуализацию опыта различных субъектов. Intersubjectivity в отличие от объективности не обозначает собственно универсальность и общезначимость. Она всегда связана с микрообществом, с признанием не всего общества, а лишь части его, нередко малой, лишь позднее это признание становится универсальным и intersubjectivity приобретает характеристики общезначимости [11, с. 60]. В этом смысле термин "intersubjectivity" методологически подходит для описания механизмов поддержания самопрезентации в статике и в динамике.

По мнению С. Тихоновой [12], повседневное знание представляет собой знание, которое человек разделяет с другими людьми в привычной повседневной жизни. При таком понимании повседневность возможна только при взаимодействии с ближними и дальними, предполагающем постоянное соответствие между собственными значениями индивидов и их значениями в социальной реальности. В центре внимания П. Бергера и Т. Лукмана оказывается типизация взаимодействия индивида с другими людьми, итогом которой является формирование социальных ролей и институтов, и обратный процесс — превращение индивида в личность в результате воздействия на него людей, исполняющих ключевые для него социальные роли и вовлеченных в функционирование институтов [13, с. 13]. На процесс формирования индивидуальных представлений о здоровьесбережении оказывает специфика социализации человека. Социализация по П. Бергеру и Т. Лукману есть расширение повседневного мира индивида, возможное за счет расширения знаний о повседневных мирах других людей, и адаптация собственного мира индивида к требованиям других. Этот процесс авторы разделили на два этапа: первичную и вторичную социализацию. Первичная понимается как социализация, которой индивид подвержен в детстве и в результате которой он становится членом общества. Вторичная социализация включает в себя последовательность процессов, позволяющих уже социализированному индивиду входить в новые сегменты объективного мира его общества [13, с. 213].

Формируясь в рамках непрерывной intersubjective коммуникации, здоровьесбережение опирается на многочисленные процессы и механизмы сознания и деятельности личности. Переживание за собственное здоровье невозможно без соотношения личной ситуации с мнением других людей, особенно значимых других, в том числе экспертов. Переживая боль, страх, страдание, дискомфорт на соматическом уровне, человек рефлексивно фиксирует свое состояние на основе их заключений. Кроме того, только опираясь на них, он приобретает веру или неверие в собственную возможность

влиять на свои заболевания, на основе которых выстраиваются стратегии совладания.

Исходя из коммуникационной природы феномена здоровьесбережения, на уровне индивида его можно представить как продукт определенных коммуникационных систем. Сама же коммуникационная система представляет собой структурированную совокупность коммуникаторов, реципиентов, смысловых сообщений, коммуникационных каналов и средств коммуникации [14, с. 23]. Функционирование коммуникационных потоков, влияющих на процесс здоровьесбережения, можно структурировать по типам коммуникантов, выделив в них следующие составные части или потоки: врач — индивид, семья — индивид, здоровые — индивид, больные — индивид. В условиях стихийного формирования обозначенных коммуникационных потоков циркулирующая в них информация приходит в состояние диссонанса, при наложении потоков информации возникают дополнительные барьеры ее восприятия. Мнение родственников и "знающих людей" блокирует сведения, поступающие от компетентных лиц, результатом чего часто становится распространение практик самолечения, приобретающих, по мнению многих исследователей, чрезвычайно масштабный характер [15—17].

Рассмотрим коммуникативную модель организации практик здоровьесбережения, институционализированных как школы здоровья и направленных на поддержание здоровья пациентов на примере школ сахарного диабета. Данная модель в школах сахарного диабета включает следующих субъектов: врач/медицинский персонал, пациент, семья/знакомые.

Начало процесса обучения пациентов с сахарным диабетом можно условно отнести к 1920-м годам, однако интеграция обучения в терапию начала распространяться только через 50 лет. Причиной послужило осознание медицинским сообществом, органами здравоохранения, страховыми компаниями и самими пациентами неспособности действовавшей на тот момент системы диабетологической помощи, невозможность остановить рост осложнений диабета в условиях увеличения расходов на оказание помощи больным. Очевидной представлялась потребность в новом подходе к управлению данным заболеванием, акцентировавшей необходимость вовлечения самого больного в лечебный процесс, а также формирование его активной позиции.

Инициатором развития идеи обучения больных сахарным диабетом в нашей стране стал Эндокринологический научный центр РАМН, занимающийся данной проблемой с начала 1990 годов. Основной идеей является внедрение в практическое здравоохранение методов интенсивного лечения и обучения больных, подготовки специалистов-медиков по проблемам обучения, разработка организационно-методологической литературы в рамках Федеральной целевой программы "Сахарный диабет" (1970—2005 гг.). К целям данной программы относятся снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения Российской Федерации по причине сахарного диабета, организация профилактики, ранней диагностики и эффективного лечения диабета и его осложнений, повышение продолжительности и качества жизни.

В качестве ожидаемых конечных результатов определялись:

- ♦ снижение числа случаев осложнений, возникших вследствие заболевания диабетом (слепоты, ампу-

таций конечностей, хронической почечной недостаточности, ишемической болезни сердца) на 30%;

- ♦ обеспечение отечественными лекарственными и диагностическими средствами; повышение качества жизни больных диабетом;
- ♦ увеличение продолжительности жизни больных диабетом на 5—7 лет.

Некоторые западные исследователи доказали пользу обучения таких больных — значительно снизилось количество и частота госпитализаций пациентов с сахарным диабетом. Кроме того, подчеркивалась эффективность психосоциального обучающего подхода. В 1970—1990 гг. предпринимались различные попытки создания структурированных обучающих программ и выработки стандартов обучения. Идеал обучающего процесса — прогрессивное изменение представлений больного о заболевании и его лечении, ведущее к изменению поведения, необходимого для управления лечением диабета в активном союзе с врачом — оказался труднодостижимым. Решение основной проблемы, заключающейся в подмене обучения простым информированием, требует определенной дифференциации выявленной нами ранее коммуникационной схемы социального самочувствия.

Следующим этапом было проведение длительного наблюдения за больными с целью контроля диабета и его осложнений, а также анализ влияния компенсации диабета на развитие поздних осложнений. Результаты исследований показали, что основной детерминантой метаболического контроля является интеграция обучения больных с организацией длительного наблюдения [18, 19].

В ходе реализации программы, кроме Федерального диабетологического центра Минздрава России, организованы 88 территориальных диабетологических центров, создана сеть специализированных отделений и кабинетов "диабетическая стопа", "сахарный диабет и беременность", лечения ретинопатии и гемодиализа. Было открыто 462 школы по обучению лиц, больных сахарным диабетом, в том числе 21 для детей и родителей, деятельность которых осуществлялась на основе унифицированных программ по обучению больных методам самоконтроля и самовведения лекарственных препаратов [20].

В настоящее время обучение больных является обязательной и интегральной частью лечения сахарного диабета любого типа. При этом коммуникативная модель в школах сахарного диабета выполняет ряд функций, направленных на изменение модели поведения и отношения пациента к своей новой социальной роли в связи с заболеванием:

- ♦ информационную (обмен информацией между врачом, медицинским персоналом и пациентом о течении и методах лечения заболевания);
- ♦ регулятивную (регуляция поведения, организация совместной деятельности медицинского персонала и пациента в процессе обучения);
- ♦ аффективную (достижение комплаенса).

Успешное развитие сети школ здоровья для больных диабетом не снимает, однако, проблемы их эффективности. Многие вопросы эффективности связаны с излишней теоретизацией обучения в ряде школ и неоправданным увлечением импортными технологиями и рекомендациями, игнорированием российского опыта. Представляется, что именно включенность различных коммуникативных моделей в практику здоровьесбережения пациентов с сахарным диабетом выполняет

Врач — пациент

функцию активизации агентов (субъектов), имеющих общую цель. Здоровьесберегающая активность субъекта с очевидностью определяется удовлетворенностью или неудовлетворенностью качеством коммуникационной системы. Любая рассогласованность внутри коммуникационной системы сопровождается негативными изменениями в поведении пациентов.

Заключение

Развитие коммуникативного подхода к анализу практик здоровьесбережения в рамках социологии медицины с учетом принципов 4П-медицины позволяет расширить представление о возможностях использования коммуникационных ресурсов в процессе формирования здоровьесберегающего поведения. Школа здоровья, как коммуникативная модель, рассматриваемая в рамках социологии медицины, показала, что эффект коммуникации направлен на принятие пациентом новой социальной роли, социальную адаптацию пациента, формирование информационной культуры пациента и является важным условием достижения комплаенса.

Финансовая поддержка не осуществлялась.

Конфликт интересов не заявляется.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриянова Е.А., Чернышкова Е.В. Психологические факторы адаптации к ситуации профессионального заболевания (на примере работающего сельского населения). *Психологика. Экономика. Право*. 2014; (3): 30—8.
2. Бергер П., Лукман Т. *Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания*. М.; 1995.
3. Брехман И.И. *Введение в валеологию*. М.: Колос; 1992.
4. Вялых Н.А. Факторы воспроизводства социального неравенства в сфере потребления медицинских услуг. *Социологические исследования*. 2015; 11: 126—32.
5. Голуб О.Ю., Тихонова С.В. *Теория коммуникации*. Саратов; 2006.
6. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента. *Социология мед.* 2006; (1): 9—14.
7. Огурцов А.П. Интросубъективность как поле философских исследований. *Личность. Культура. Общество*. 2007; IX [1 (34)]: 18—21.
8. Решение коллегии Министерства здравоохранения РФ "О ходе реализации Федеральной целевой программы "Сахарный диабет" (протокол от 20.02.2001. № 4) [Электронный ресурс]. URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/28530> (дата обращения: 25.09.2015).
9. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг. *Экономика здравоохранения*. 2000; (12): 5—19.
10. Решетников А.В. Социальное управление в здравоохранении с позиции социологии медицины. (Ч. I). *Социология мед.* 2007; (1): 3—7.
11. Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Московченко Д.В. Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни. [Электр. ресурс]. URL: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=64059> (дата обращения: 25.09.2015).
12. Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач-пациент в современном здравоохранении. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2007; [1 (17)]: 198—201.
13. Тихонова С.В. Социально-онтологический статус мифа. *Философия и общество*. 2008; 3 (51): 44—57.
14. Чернышкова Е.В., Андриянова Е.А. Потребление медицинских услуг пожилыми людьми в контексте социального неравенства (на примере Саратовской области). *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2011; 7 (1): 138—41.
15. Шилова Л.С. Практики самолечения Российского населения. *Культурное наследие России*. 2014; (2): 61—5.

16. Шюц А. Структура повседневного мышления. *Социологические исследования*. 1988; (2): 34—42.
17. Яковлева Н.В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс. *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журнал*. 2013; (1): 70—9.
18. Miller L., Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital setting. *N. Engl. J. Med.* 1972; 286: 1388—91.
19. Reichard P., Nilson B.Y., Rosenqvist U. The effect of long-term intensified treatment on the development of micro-vascular complications of diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 304—9.

Поступила 29.02.2016

Принята в печать 01.04.2016

REFERENCES

1. Andriyanova E.A., Chernyshkova E.V. Psychological adaptation factors to the occupational disease situation. *Psikhologiya. Ekonomika. Pravo*. 2014; (3): 30—8. (in Russian)
2. Berger P., Luckmann T. *Social Construction of Reality. Treatise on Social Knowledge [Sotsialnoye konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sotsiologii znaniya]*. Moscow; 1995. (in Russian)
3. Brekman I.I. *Introduction to Valeology. [Vvedenie v valeologiyu]*. Moscow: Kolos; 1992. (in Russian)
4. Vyalykh N.A. Factors of reproduction of social inequality in consumption of medical services. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2015; (11): 126—32. (in Russian)
5. Golub O.Yu., Tikhonova S.V. *Theory of Communication. [Teoriya kommunikatsii]*. Saratov; 2006. (in Russian)
6. Efimenko S.A. Social aspects of interrelations between doctor and patient. *Sotsiologiya med.* 2006; (1): 9—14. (in Russian)
7. Ogurtsov A.P. Intersubjectivity as the field of philosophical research. *Lichnost'. Kul'tura. Obshchestvo*. 2007; IX [1 (34)]: 18—21. (in Russian)
8. The decision of the board of Ministry of Health of the Russian Federation "On the implementation of federal target program "Diabetes Mellitus" (Minutes of 20.02.2001, N 4) [Electronic resource]. URL: <https://www.lawmix.ru/medlaw/28530> (date of the application: 25.09.2015). (in Russian)
9. Reshetnikov A.V. Social portrait of medical services consumer. *Ekonomika zdравookhraneniya*. 2000; (12): 5—19. (in Russian)
10. Reshetnikov A.V. Social management in health care from the perspective of sociology of medicine. *Sotsiologiya med.* 2007; (1): 3—7. (in Russian)
11. Sirota N.A., Yaltonskiy V.M., Moskovchenko D.V. The role of efficacy of communication between a doctor and a patient as the factor or successful overcoming of a disease. [Electronic resource]. URL: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=64059> (date of the application: 25.09.2015). (in Russian)
12. Surmach M.Yu., Tishchenko E.M. Communicative process between a doctor and a patient in contemporary health care. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2007; [1 (17)]: 198—201. (in Russian)
13. Tikhonova S.V. Socio-ontological status of myth. *Filosofiya i obshchestvo*. 2008; [3 (51)]: 44—57. (in Russian)
14. Chernyshkova E.V., Andriyanova E.A. The consumption of medical services by elderly in the context of social inequality (by example of Saratov region). *Saratovskiy nauchno-meditsinskij zhurnal*. 2011; 7 (1): 138—41. (in Russian)
15. Shilova L.S. Self-treating practices of Russian population. *Kul'turnoye nasledie Rossii*. 2014; (2): 61—5. (in Russian)
16. Shyuts A. The structure of the everyday thinking. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 1988; (2): 34—42. (in Russian)
17. Yakovleva N.V. Health saving behavior: social and psychological discourse. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitiye: setevoy zhurnal*. 2013; (1): 70—9. (in Russian)
18. Miller L., Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a country hospital setting. *N. Engl. J. Med.* 1972; 286: 1388—91.
19. Reichard P., Nilson B.Y., Rosenqvist U. The effect of long-term intensified treatment on the development of micro-vascular complications of diabetes mellitus. *N. Engl. J. Med.* 1993; 329: 304—9.