

Е.Ю. Васильева

Д.С. Чайка

# КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Рекомендовано

Экспертным советом УМО в системе ВО и СПО

в качестве **учебного пособия**

для специальности «Фармация»



КНОРУС • МОСКВА • 2025

УДК 615.15:159.9(075.8)

ББК 52.81+88.4я73

**В19**

**Рецензенты:**

**Н.Ю. Флотская**, директор высшей школы педагогики, психологии и физической культуры Северного (Арктического) федерального университета имени М.В. Ломоносова, д-р психол. наук, доц.,

**Б.Н. Житарь**, декан факультета последипломного образования Пятигорского медико-фармацевтического института — филиала ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России», д-р психол. наук, доц.

**Авторы:**

**Е.Ю. Васильева**, Северный государственный медицинский университет,

**Д.С. Чайка**, главный специалист отдела персонала ГУП Архангельской области «Фармация», провизор, магистр психологии

**Васильева, Елена Юрьевна.**

**В19** Коммуникативные навыки в фармацевтической практике : учебное пособие / Е.Ю. Васильева, Д.С. Чайка. — Москва : КНОРУС, 2025. — 240 с. — (Специалитет).

**ISBN 978-5-406-14020-8**

Включает в себя материал, овладение которым позволит освоить принципы и общие навыки эффективного общения с посетителями аптек на основе пациент-ориентированного подхода и специальные навыки общения в ситуациях взаимодействия с пациентами, имеющими особые потребности в оказании фармацевтической помощи, а также детьми и их родителями, коллегами.

Соответствует ФГОС ВО последнего поколения.

*Для студентов, обучающихся по специальности «Фармация», изучающих дисциплину «Коммуникативные навыки».*

**Ключевые слова:** фармацевтический работник; пациент; аптечная практика; коммуникативные навыки; психология общения.

**УДК 615.15:159.9(075.8)**

**ББК 52.81+88.4я73**

Васильева Елена Юрьевна

Чайка Дарья Сергеевна

**КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ  
в фармацевтической практике**

Изд. № 698216. Подписано в печать 03.09.2024. Формат 60×90/16.

Гарнитура «Newton». Усл. печ. л. 15,0. Уч.-изд. л. 14,3.

ООО «Издательство «КноРус».

117218, г. Москва, ул. Кедрова, д. 14, корп. 2.

Тел.: +7 (495) 741-46-28.

E-mail: welcome@knorus.ru www.knorus.ru

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленных материалов в ООО «Фотоэксперт», 109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 42, корп. 5, эт. 1, пом. I, ком. 6.3-23Н

**ISBN 978-5-406-14020-8**

© Васильева Е.Ю., Чайка Д.С., 2025

© ООО «Издательство «КноРус», 2025

# ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	6
Введение.....	8
<b>Глава 1. ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ КОММУНИКАЦИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ</b> .....	10
Вопросы и задания для самоконтроля .....	16
<b>Глава 2. МОДЕЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b> .....	17
2.1. Модель межличностного общения .....	18
2.2. В поисках смысла сообщения .....	21
2.3. Восприятие в общении .....	26
Вопросы и задания для самоконтроля .....	29
<b>Глава 3. НЕВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ</b> .....	31
3.1. Особенности невербального общения.....	31
3.2. Элементы невербальной коммуникации.....	33
3.3. Определение невербальных сигналов у других людей .....	37
Вопросы и задания для самоконтроля .....	40
<b>Глава 4. БАРЬЕРЫ В ОБЩЕНИИ</b> .....	41
4.1. Барьеры внешней среды.....	42
4.2. Личные барьеры.....	43
Вопросы и задания для самоконтроля .....	46
<b>Глава 5. АКТИВНОЕ СЛУШАНИЕ И ЭМПАТИЧЕСКОЕ РЕАГИРОВАНИЕ</b> .....	47
5.1. Активное слушание .....	47
5.2. Теоретические основы.....	49
5.3. Эмпатия и эффективная коммуникация .....	50
Вопросы и задания для самоконтроля .....	63
<b>Глава 6. АССЕРТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ КОНФЛИКТОВ</b> .....	64
6.1. Типы поведения.....	64
6.2. Теоретические основы.....	67
6.3. Техники ассертивности .....	68
6.4. Реагирование на критику .....	72
Вопросы и задания для самоконтроля .....	78

<b>Глава 7. НАВЫКИ СОБЕСЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА</b> .....	80
7.1. Навыки для проведения эффективной беседы .....	81
7.2. Беседа как процесс .....	87
7.3. Беседа с пациентом в аптечной практике.....	89
Вопросы и задания для самоконтроля .....	94
<b>Глава 8. ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ В СБЛЮДЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ</b> .....	95
8.1. Заблуждения фармацевтических работников о понимании пациентом необходимости приема препаратов и приверженности лечению .....	97
8.2. Стратегии консультирования пациентов в фармацевтической практике .....	98
8.3. Модель и методы, способствующие изменению поведения.....	100
8.4. Применение принципов и стратегий мотивационного консультирования.....	106
8.5. Реализация программы «профилактика рецидивов» .....	110
8.6. Пример консультирования пациента с рецептом на лекарственный препарат.....	113
Вопросы и задания для самоконтроля .....	119
<b>Глава 9. ЛЕКАРСТВЕННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И НАВЫКИ ОБЩЕНИЯ</b> .....	120
9.1. Введение в вопросы лекарственной безопасности .....	121
9.2. Виды ошибок: возможные причины и решения .....	122
9.3. Общение с пациентами .....	124
9.4. Общие стратегии повышения безопасности пациентов.....	127
9.5. Медикаментозные ошибки в практике фармацевта .....	128
Вопросы и задания для самоконтроля .....	132
Практические ситуации.....	132
<b>Глава 10. КОММУНИКАЦИЯ С ПАЦИЕНТАМИ, ТРЕБУЮЩИМИ ОСОБОГО ПОДХОДА</b> .....	134
10.1. Пожилые люди .....	135
10.2. Причины, затрудняющие коммуникацию с пожилыми людьми. ....	137
10.3. Пациенты с ограниченными возможностями .....	141
Вопросы и задания для самоконтроля.....	147
<b>Глава 11. ОБЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ О ЛЕКАРСТВАХ</b> .....	150
11.1. Значение информирования детей и их родителей о лекарствах.....	150
11.2. Понимание уровня когнитивного развития ребенка.....	152
11.2.1. Коммуникативные стратегии для разных стадий когнитивного развития детей.....	153
11.3. Стратегии общения с детьми разного возраста .....	154
Вопросы и задания для самоконтроля .....	158

<b>Глава 12. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ И МЕЖПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО</b> .....	159
12.1. Роль фармацевта в совместном процессе организации медикаментозной терапии.....	160
12.2 Барьеры на пути к сотрудничеству между врачами и фармацевтами .....	162
12.2.1. Потенциальные посредники в развитии отношений сотрудничества .....	163
12.2.2 Роль коммуникативных навыков для укрепления отношений сотрудничества.....	166
12.3. Формы профессионального поведения в рамках партнерства .....	167
Вопросы и задания для самоконтроля .....	171
<b>Глава 13. ЭТИКА ПОВЕДЕНИЯ ФАРМАЦЕВТА ПРИ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТАМИ</b> .....	172
13.1. Этические аспекты в оказании помощи пациентам.....	172
13.1.2. Кодексы этики фармацевтов.....	174
13.2. Как решать этические дилеммы фармацевтам .....	180
Вопросы и задания для самоконтроля .....	185
<b>Глава 14. КАК ПОДГОТОВИТЬ И ПРОВЕСТИ ДОКЛАД И ПРЕЗЕНТАЦИЮ: ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ УСЛОВИЯХ И ФОРМАТАХ</b> .....	186
14.1. Типы презентаций.....	186
14.2. Навыки выступления .....	193
Задания для самоконтроля .....	195
<b>Глава 15. КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В МЕДИЦИНСКОЙ И АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКЕ: ОБЩЕЕ И ОСОБЕННОЕ. ПРАКТИКУМ</b> .....	196
Вопросы и задания для самоконтроля.....	209
<b>Словарь медицинских терминов</b> .....	210
<b>Словарь основных терминов</b> .....	213
<b>Словарь фармацевтических терминов</b> .....	223
<b>Литература</b> .....	226

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АГ** — артериальная гипертензия  
**АД** — артериальное давление  
**АРТ** — антиретровирусная терапия  
**БАД** — биологически активная добавка  
**ВАЗ** — Всемирная ассамблея здравоохранения  
**ВИЧ** — вирус иммунодефицита человека  
**ВУЗ** — высшее учебное заведение  
**ВОЗ** — Всемирная организация здравоохранения  
**ГК РФ** — гражданский кодекс Российской Федерации  
**ИБС** — ишемическая болезнь сердца  
**ИППП (ЗППП)** — инфекции, передающиеся половым путем  
**ЛС** — лекарственные средства  
**ЛП** — лекарственный препарат  
**ЛПНП** — липопротеины низкой плотности  
**ЛПВП** — липопротеины высокой плотности  
**ЛФ** — лекарственная форма  
**мг** — миллиграмм  
**mol** — моль  
**mmol** — миллимоль  
**МВ** — модифицированное высвобождение  
**МЗ РФ** — Министерство здравоохранения Российской Федерации  
**МКБ** — Международная классификация болезней  
**НАП** — надлежащая аптечная практика  
**НПВС** — нестероидные противовоспалительные средства  
**НР** — нежелательные реакции  
**ОК** — оральные контрацептивы  
**ОПН** — острая почечная недостаточность  
**ОРВИ** — острая респираторная вирусная инфекция  
**ОРЗ** — острые респираторные заболевания  
**РЛП** — рецептурный лекарственный препарат  
**РНК** — рибонуклеиновая кислота  
**САФУ** — Северный (Арктический) федеральный университет  
им. М. В. Ломоносова  
**СГМУ** — Северный государственный медицинский университет

**СМИ** — средства массовой информации  
**СПИД** — синдром приобретенного иммунного дефицита  
**США** — Соединенные Штаты Америки  
**ТАС** — товары аптечного ассортимента  
**ХПН** — хроническая почечная недостаточность  
**ФГОС** — федеральный государственный образовательный стандарт  
**ФЗ** — федеральный закон  
**ФИО** — фамилия, имя, отчество  
**ФП** — фармацевтическая помощь  
**ФК** — фармацевтическое консультирование  
**ЧД** — частота дыхания  
**ЧСС** — частота сердечных сокращений  
**HbA1c** — гликированный гемоглобин, специфическое соединение гемоглобина эритроцитов с глюкозой  
**FIP** — Международная фармацевтическая федерация  
**Signatura (SIG)** — часть рецепта с указанием способа приема лекарственного средства

## ВВЕДЕНИЕ

К кому чаще всего обращаются люди, когда у них что-то болит, появились незначительные жалобы, а возможности посетить врача в ближайшее время нет? Кто им фармацевтическую помощь и даст базисную консультацию? Фармацевтический работник. Именно он на основе профессиональной компетентности определяет у пациента признаки заболевания и степень их опасности и рекомендует либо безрецептурный препарат с дальнейшим обращением к врачу, либо срочное посещение медицинского специалиста. Фармацевтическое консультирование и информирование — неотъемлемая часть деятельности специалиста в аптечной практике, которая отражена в Требованиях к квалификации «Провизор» в профессиональном стандарте, утвержденном приказом Минтруда России № 91н. Такие аспекты деятельности фармацевтического работника, конечно, не подменяют работу врача, а скорее направлены на оказание населению быстрой и базисной консультативной помощи.

Консультирование и информирование может показаться вам очень простым и очевидным процессом и навыком. К тому же в образовательной программе по фармацевтическому образованию есть специальный предмет «Фармацевтическое консультирование», обеспеченный учебными пособиями, основная идея которых — вооружить специалиста знаниями о ключевых симптомах и синдромах наиболее часто встречающихся заболеваний, дать представление об опасных признаках патологических состояний, описать механизмы формирования тех или признаков болезней, предложить базовые алгоритмы консультирования пациентов при тех или иных нозологиях [35]. Зачем же еще один предмет? Основная идея данного учебного пособия заключается в том, чтобы помочь студентам сформировать коммуникативные навыки, которые являются фундаментом для осуществления фармацевтического консультирования и информирования. Ведь до сих пор довольно распространенным является мнение о том, что люди с детства учатся говорить и общаться одновременно. Кроме того, есть и те, кто считает, что коммуникативная компетентность — это нечто органически присущее личности любого человека; что человек может от природы общаться либо хорошо, либо не очень хорошо. Оба эти взгляда на общение как навык, особенно в профессиональной деятельности, являются ошибочными. Доказано, что коммуникативные

навыки формируются и оттачиваются с течением времени. Более того, они во многом определяют успех человека в выбранной им профессиональной сфере. Очень важно, но явно недостаточно иметь только глубокие знания только в области фармакотерапии. Сейчас, когда вы получаете фармацевтическое образование, самый подходящий момент оценить свои коммуникативные навыки и улучшить их в случае необходимости.

И еще одно очень важное замечание. В учебном пособии раскрываются основы коммуникации не только с посетителями аптек, но и с пациентами в рамках оказания им фармацевтической помощи (ФП) как дополнительной фармацевтической услуги. Концепция ФП, разработанная Международной фармацевтической федерацией (FIP), реализуется во многих странах, однако в нашей стране повсеместного предоставления такой помощи пациентам пока еще не удалось достичь. Суть концепции фармацевтической помощи состоит в концентрации профессиональной деятельности фармацевтического работника на конкретном пациенте с конкретным заболеванием. Предоставление такой услуги предполагает «ведение пациента» в аптеке, включая документирование его персональных данных; ведение «истории» отпущенных этому пациенту лекарственных средств (ЛС); регистрацию результатов применения ЛС и информирование о них лечащего врача пациента. Важным элементом ФП является обязательное обучение пациента правилам применения приобретенного ЛС (включая устройство для введения ЛС), в отличие от основной фармацевтической деятельности, при которой такая услуга оказывается только в том случае, когда о ней попросил сам пациент [31]. Эффективность внедрения данной концепции доказана лучшими мировыми фармацевтическими практиками. В ближайшем будущем именно вам предстоит стать специалистами, которые, внедряя эффективные технологии коммуникации, внесут существенный вклад в увеличение авторитета аптечной организации и фармацевтического работника среди пациентов и врачей.

Итак, оказание фармацевтической помощи потребует от вас эффективной коммуникации с медицинскими работниками, посетителями аптек и пациентами. Конкурентные преимущества хорошо общающегося специалиста очевидны всем. Чтобы понять специфику профессиональной коммуникации фармацевтического работника, мы предлагаем вам изучить модель коммуникации, факторы, которые оказывают влияние на взаимодействие, и навыки, необходимые для того, чтобы это взаимодействие проходило эффективно. Это позволит вам распознавать непрофессиональную коммуникацию в аптечной практике от профессиональной и сформировать свой индивидуальный стиль профессионального общения.

# Глава 1. ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ КОММУНИКАЦИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Пациент-центрированный подход становится главным ориентиром для специалистов, оказывающих пациентам фармацевтическую помощь. Использование фармацевтами потенциала этого подхода позволяет сократить число ошибок при приеме лекарств со стороны пациентов и добиться оптимального эффекта от их применения. Одним из инструментов достижения этой цели является эффективная коммуникация между фармацевтическим работником и пациентом.

В данной главе представлены ключевые элементы и принципы пациент-центрированного подхода в фармацевтической практике; показана роль эффективной коммуникации между фармацевтом и пациентами для достижения целей медикаментозной терапии.

## Актуальность

Почему пациент-центрированный подход в общении с пациентом так важен в фармацевтической и медицинской практике?

Ситуации.

- *36-летнему мужчине был назначен фентаниловый пластырь для лечения боли, возникшей в результате травмы спины. Ни врач, ни фармацевт не объяснили ему, что использование грелки для минимизации боли в сочетании с использованием пластыря может быть небезопасным для здоровья. Он заснул с грелкой и умер. Было обнаружено, что уровень фентанила в его крови в 100 раз превышал норму!*

- *Пациентке, которой назначили Нормодипин от артериальной гипертензии, был выписан Норпрамин. У женщины появились многочисленные побочные эффекты, включая снижение зрения, тремор рук, головные боли и сонливость. Поскольку она знала, что должна была принимать лекарство для лечения артериальной гипертензии, даже минимальное общение между фармацевтическим работником и пациенткой о лекарственной терапии предотвратило бы эту медикаментозную ошибку.*

Новый взгляд на роль и функции фармацевтического работника требует перехода от практики, ориентированной на «продажу и выдачу

лекарства», к помощи, ориентированной на пациента. Как показывают две ситуации, описанные выше, аптечным работникам недостаточно просто выдать пациенту лекарства или сосредоточиться на системах выполнения интернет-заказов. Они должны участвовать в мероприятиях, которые повышают приверженность пациентов лечению, т. е. консультировать их относительно лекарственной терапии, включая понимание пациентом необходимости назначенного препарата, как его принимать, какие могут быть варианты развития ситуации в случае нарушения правил приема и пр. Фармацевтические работники должны взять на себя повышенную ответственность за то, чтобы пациенты смогли избежать возможных побочных эффектов при приеме лекарств и достигали желаемых результатов от назначенной терапии.

Помощь, ориентированная на пациента, зависит от вашей способности устанавливать доверительные отношения с посетителями аптек, участвовать в открытом обмене информацией, вовлекать их в процесс принятия решений относительно лечения и помогать достигать целей лечения, которые понятны и принимаются ими. Важная роль в оказании такой помощи в фармацевтической практике отводится эффективной коммуникации.

## **РОЛЬ КОММУНИКАЦИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОБЯЗАННОСТЕЙ ПО ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ**

Процесс коммуникации между вами и вашими пациентами выполняет две основные функции:

- установление доверительных отношений;
- обеспечение условий для обмена информацией, необходимой для оценки состояния здоровья пациентов, принятия решений о планах и реализации лечения, оценки влияния лечения на качество их жизни.

Установление доверительных отношений с пациентами, увы, пока является второстепенной задачей для многих фармацевтических работников по отношению к «реальной» цели аптечной практики. Между тем качество отношений имеет очень важное значение. Вся ваша профессиональная деятельность осуществляется в контексте отношений, которые вы устанавливаете с посетителями аптеки. Эффективные взаимоотношения формируют основу, которая позволяет вам успешно выполнять профессиональные обязанности по оказанию помощи пациентам.

Необходимо постоянно помнить о конечной цели взаимодействия между фармацевтическим работником и пациентом. Целью отношений является достижение взаимно понятых и согласованных целей лекарственной терапии, реализация которых улучшает качество жизни паци-

ентов (клиентов). Поэтому ваша деятельность должна рассматриваться с точки зрения результатов лечения пациентов, которых вы помогаете им достичь. Следует переосмыслить приоритеты в своей деятельности, уделяя особое внимание потребностям клиентов аптек. Например, ваша цель изменилась с предоставления посетителям аптек информации о лекарствах на достижение того, чтобы они, как пациенты, понимали суть своего лечения, принимая препараты безопасным и надлежащим образом. Ваша цель состоит не в том, чтобы заставить пациентов делать то, что им говорят (т. е. подчиняться), а в том, чтобы помочь им достичь желаемых результатов лечения. Предоставление информации или попытки улучшить приверженность к лечению должны рассматриваться как средство достижения желаемого результата, а не как самоцель. Даже общение с пациентами не является самоцелью. Беседа в данном случае преследует иную цель, чем беседа между друзьями. Общение между пациентом и профессионалом является средством достижения цели — установления терапевтических отношений для эффективного предоставления медицинской и фармацевтической помощи. Благополучие посетителя аптек имеет первостепенное значение. И ваша задача (в силу особой социальной ответственности фармацевтического работника) заключается в том, чтобы обеспечить эффективную коммуникацию в реальной аптечной практике.

## **ЧТО ПОНИМАТЬ ПОД ПОМОЩЬЮ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПАЦИЕНТА?**

В литературе описано пять аспектов медицинской помощи, ориентированной на пациента.

1. Врачи должны понимать и учитывать социальные и психологические, а также биомедицинские факторы, которые связаны с переживанием болезни пациентом, т. е. внутреннюю картину болезни пациента.

2. Медицинские работники должны воспринимать «пациента как личность». Это требует понимания уникального переживания болезни вашими пациентами и «личного смысла», который оно влечет за собой.

3. Медицинские работники должны разделять полномочия и ответственность за результаты лечения с пациентом. Идеальные отношения более эгалитарны, т. е. пациенты активно участвуют в диалоге и в принятии решений, связанных с лечением, чем принято считать традиционно.

4. Медицинские работники должны стремиться к «терапевтическому альянсу» с пациентом. Это предполагает: учет знания представлений пациентов о приемлемости вмешательств в планы лечения, определение взаимосогласованных целей лечения и установление доверительных,

заботливых отношений между вами и вашими пациентами. Восприятие пациентами того, что вы «заботитесь» о них при оказании медицинской помощи, имеет важное значение для установления доверия.

5. Медицинские работники должны осознавать свои собственные реакции на пациентов, а также последствия, которые их поведение может оказать на пациентов [58].

## **ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА ПАЦИЕНТА**

Фармацевтический работник должен:

- понимать историю болезни пациента;
- воспринимать опыт каждого пациента как уникальный;
- способствовать развитию равноправных отношений с пациентами;
- создать «терапевтический альянс» с пациентами для достижения взаимно понятных целей терапии;
- развивать самосознание о роли и значении личного воздействия на пациентов.

## **ПОНИМАНИЕ ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА**

Традиционная врач-центрированная модель назначения лекарств пациенту предполагает исключительно решения и действия врача относительно медикаментозной терапии. На пациента «воздействуют», а не рассматривают как активного субъекта, который участвует в принятии решений, влияющих на результаты лечения. Пациент — это объект профессиональной помощи, который может быть как послушным, так и «непокорным исполнителем» решения врача.

Одно из наиболее распространенных профессиональных убеждений заключается в том, что назначение и отпуск лекарственных средств являются ключевыми действиями в процессе его применения пациентами. Однако в большинстве случаев именно пациент по возвращении домой должен осуществить предписанное лечение. Медикаментозная терапия является наиболее распространенным медицинским вмешательством, и при амбулаторном лечении ею в основном «руководит» пациент, который и будет принимать решения и осуществлять контроль над лечением различными способами. В случае, если пациенту не хватает информации о назначенных лекарственных препаратах, полученной от врача или фармацевта, то он начинает искать ее самостоятельно, просматривая и изучая непроверенные источники в интернете, меняя схемы лечения,

дозировок, прерывая прием препаратов и т. д. без консультаций с врачом или общения с работником аптеки. Незнание инициированных пациентом самовольных решений об использовании лекарств, в свою очередь, затрудняет медицинским специалистам объективную оценку результатов медикаментозного лечения.

Очевидно, что такое поведение пациентов можно расценивать как опрометчивое и рискованное. Однако нельзя отрицать тот факт, что в реальной жизни пациенты действительно осуществляют полный контроль над медикаментозным лечением. В этой ситуации целесообразно было бы укрепить терапевтический альянс с вашими пациентами, повысив уровень контроля за принимаемыми ими решениями о лечении.

## **ОРИЕНТИРОВАННЫЙ НА ПАЦИЕНТА ВЗГЛЯД НА ПРОЦЕСС ПРИЕМА ЛЕКАРСТВ**

Ориентированный на пациента взгляд на прием лекарств фокусируется на роли пациента в этом процессе. Процесс приема лекарств начинается тогда, когда человек осознает потребность в медицинской помощи или проблему, связанную со здоровьем. Это может быть восприятие «симптомов» или изменения качества жизни, которые нарушают чувство благополучия или угрожают здоровью. Далее человек интерпретирует возникшую проблему. На результаты интерпретации влияет множество психологических и социальных факторов, уникальных для каждого конкретного случая. К ним относятся: предыдущий опыт взаимодействия индивида с системой здравоохранения; влияние семьи; культурные различия в интерпретации понятий «здоровье» и «болезнь»; знание проблемы (люди сильно различаются по уровню медицинской грамотности); убеждения в отношении здоровья, которые могут совпадать или не совпадать с общепринятыми «медицинскими истинами», психологическими характеристиками; личными ценностями, мотивами и целями и т. д.

Человек на этом этапе может не предпринимать никаких действий для лечения своего состояния, потому что либо проблема рассматривается им как незначительная или преходящая, либо у него нет ни времени, ни средств для начала лечения или он предпринимает какие-либо действия, например начинает самолечение, контактирует с немедицинским поставщиком услуг (с народным целителем). Если предпринимаются действия, которые предполагают контакт с медицинским работником, будь то фармацевт или врач, то индивид должен описать свой «опыт переживаний» (жалобы) и, в некоторой степени, дать ему собственную интерпретацию. В большинстве случаев именно в этот момент контроль

над ситуацией переходит от конкретной личности к профессионалу, поскольку только профессионал может «узаконить» переживание, дав ему название (диагноз). Такой акт преобразует переживание из того, что имеет значение для пациента, в то, что имеет значение для врача (которое может разделяться пациентом, а может и не разделяться им). Качество профессиональной оценки частично зависит от полноты информации от пациента, умения врача извлекать соответствующую информацию и его восприимчивости к тому, чтобы «услышать» от пациента потенциально важную информацию. Умение врача разъяснить информацию о диагнозе может изменить или уточнить представление пациента о своем заболевании, согласующееся с пониманием ситуации врачом.

Как только врач поставил диагноз на основе жалоб, осмотра и других данных, он дает пациенту рекомендации. Если они сводятся к необходимости медикаментозного лечения, пациент либо выполняет их, либо нет. Данные исследований указывают на то, что большое количество выписанных врачами рецептов остаются невостребованными пациентами [54, 67]. Это может быть вызвано ограниченными финансовыми возможностями пациента, непониманием цели врачебной рекомендации или отсутствием желания придерживаться плана лечения. Некоторые из этих решений пациента на самом деле могут быть следствием неэффективной коммуникации между пациентом и медицинским работником.

Когда пациенты начинают медикаментозное лечение, то они обычно «контролируют» собственную реакцию на терапию, т. е. субъективно оценивают, чувствуют ли они себя по-другому или нет; начинают искать признаки того, эффективно лечение или наоборот, и (или) выяснять, какие новые проблемы возникли в связи с приемом лекарства.

Проблема не в том, что пациенты контролируют свою реакцию на лекарства — это неизбежно и желательно, чтобы они это делали, а в том, что пациентам часто не хватает информации: чего ожидать от лечения, на что обращать внимание при приеме назначенного лекарства. Не имея такой информации, они применяют свои критерии «здорового смысла», в соответствии с которыми могут прервать процесс лечения, не поставив вас в известность, или обратиться к другому врачу или фармацевту и заново начать весь этот процесс.

Конечно, часть пациентов обсудят свое восприятие результатов терапии, появившиеся проблемы и решения относительно лечения во время повторных визитов к врачу или в общении с фармацевтическим работником. Другая часть пациентов может и не сообщить эту информацию врачу или фармацевту.

Характер взаимоотношений пациента с вами и другими медицинскими специалистами, ваше умение определять восприятие пациентом

назначенной медикаментозной терапии и строить партнерские отношения при обсуждении решений о лечении — все это влияет на решение пациента обратиться повторно к фармацевтическому работнику или врачу, или нет.

Независимо от того, насколько полно пациенты сообщают о своем опыте лечения при повторном обращении к врачу, врач проведет профессиональную оценку реакции пациента на лечение на основе того, что сообщает пациент, и (или) лабораторных и физиологических показателей. Эта оценка будет основой для выработки рекомендаций по продолжению медикаментозного лечения, как это было рекомендовано ранее, или его коррекции (т. е. изменению дозы, замене или отмене препарата, добавлению нового препарата) или прекращению медикаментозного лечения.

### **Резюме**

Пациент является ключевой фигурой в процессе лекарственной терапии. Для достижения цели этой терапии между фармацевтическим работником и пациентом должны быть установлены доверительные отношения, способствующие открытому обмену информацией и формированию чувства «партнерства». Эффективный процесс коммуникации может повысить вероятность того, что пациенты будут принимать обоснованные решения в отношении рекомендаций врача, надлежащим образом применять лекарства и в конечном счете достигать терапевтических целей.

### **ВОПРОСЫ И ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ**

1. Объясните особенности медицинской и фармацевтической помощи, ориентированной на пациента.
2. Раскройте сущность двух основных функций процесса коммуникации между медицинскими работниками и пациентами.
3. Объясните, в чем заключается польза анализа *процесса* приема лекарств пациентами.
4. Назовите причины и последствия невостребованности пациентом выписанных ему рецептов врачом.
5. Почему важно установить доверительные отношения между фармацевтическим работником и пациентом?

## Глава 2. МОДЕЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Общение с посетителями аптеки и другими специалистами — это обычная, рутинная, но довольно сложная практика, которая является неотъемлемой частью работы каждого фармацевтического работника. В этой главе описывается процесс межличностного общения в фармацевтической практике и раскрывается механизм, позволяющий понять, что происходит, когда один человек пытается выразить свою мысль (идею) или обменяться информацией с другим человеком. Приведенная здесь информация является основой для понимания путей (стратегий) улучшения межличностных отношений в аптечной практике в процессе коммуникации, которые будут раскрыты в последующих главах.

В личной и профессиональной жизни нам постоянно приходится взаимодействовать со многими людьми. Одни из этих взаимодействий являются успешными, в то время как другие — нет. Почему? Рассмотрим конкретные ситуации.

### СИТУАЦИЯ 1

*Дмитрий Николаевич, 59 лет, ваш постоянный пациент (диагноз — артериальная гипертензия I степени). Входит в аптеку, держа в руках незажженную сигарету. Дмитрий Николаевич — преподаватель в колледже, жена тоже работает преподавателем, у них четверо детей. Врач советует ему бросить курить и придерживаться диеты. Порой у него случаются эпизоды нерегулярного приема лекарств. Сейчас у Дмитрия Николаевича в руках рецепт на антибиотик от инфекции мочевыводящих путей. И хотя вы знакомы уже давно, он заметно волнуется, отдавая вам рецепт: смотрит в пол и тихо невнятно говорит: «Доктор выписал мне новый рецепт, и можно еще мое лекарство от высокого давления?»*

В реальной ежедневно напряженной практике работы с общения с посетителями аптеки, как правило, у нас нет возможности остановиться и проанализировать ситуацию. Однако, чтобы улучшить коммуникативные навыки, нам нужен опыт быстрой оценки конкретной ситуации. Поэтому найдите минутку для анализа вышеприведенной ситуации

и кратко опишите, о чем, возможно, думает или что чувствует Дмитрий Николаевич. Какие подсказки у вас есть? Запишите, что вы могли бы ему сказать. Затем отложите свои записи в сторону и читайте учебное пособие дальше. Как только вы закончите главу, вернитесь к своим заметкам и пересмотрите свой ответ с опорой на выводы, которые вы сделали в результате чтения этой главы.

## 2.1. МОДЕЛЬ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ

Виды коммуникации довольно разнообразны: массовая коммуникация (телевидение, радио), коммуникация в малых группах (заседания комитетов, дискуссионные группы), коммуникация в больших группах (лекции, выступления) и др. В этой книге основное внимание будет уделено межличностному общению «с глазу на глаз» или «один на один», которое имеет место в аптечной практике, например, в ситуации с Дмитрием Николаевичем. Вначале будет подробно описан процесс межличностной коммуникации, или взаимодействия между двумя людьми. Эту специфическую форму коммуникации (межличностное общение) лучше всего представить как процесс, в ходе которого сообщение генерируется и передается одним человеком, а затем принимается и «переводится» другим. Авторами описываемой нами модели являются К. Шеннон и У. Уивер (1949) и Джордж Гербнер (1956) [9]. Она включает в себя пять важных элементов: отправитель, сообщение, получатель, обратная связь и барьеры.

### Отправитель

В процессе межличностного общения отправитель передает сообщение другому человеку. В примере, описанном выше, первым отправителем сообщения был Дмитрий Николаевич: «Доктор выписал мне новый рецепт, и можно еще лекарство от высокого давления?»

### Сообщение

В межличностном общении сообщение передается от одного человека к другому. Сообщения — это мысли, идеи, эмоции, информация, которые могут транслироваться как вербально (посредством разговора), так и невербально (с помощью мимики, жестов рук и т. д.). Например, устное сообщение Дмитрия Николаевича состояло в том, что ему нужно новое лекарство и что он хотел бы купить про запас лекарство от высокого давления. В то же время он передавал вам невербальные сообщения. Поняли ли вы какое-нибудь из этих невербальных сообщений? Глядя

в пол и бормоча что-то вместо того, чтобы говорить внятно, он, возможно, чувствовал смущение, потому что не выполнял ваши рекомендации относительно необходимости принимать регулярно таблетки от высокого давления. Невербальный компонент коммуникации очень важен: доказано, что в некоторых ситуациях около 55% сообщения передается через него. В большинстве ситуаций отправители формулируют или кодируют сообщения перед их передачей. Однако иногда сообщения передаются спонтанно, без обдумывания, например свирепый взгляд или взрыв смеха. В нашем примере Дмитрий Николаевич, возможно, не осознавал, что он передавал вам и невербальные сообщения.

### **Получатель**

Получатель (в приведенном выше примере — это вы) получает сообщение от отправителя (Дмитрия Николаевича). Как получатель, вы «декодируете» сообщение и придаете ему определенное значение, которое может совпадать, а может и не совпадать с предполагаемым значением для Дмитрия Николаевича. Получая и понимая сообщение, вы, вероятно, учитываете как вербальные, так и невербальные компоненты сообщения.

### **Обратная связь**

Обратная связь — это процесс, посредством которого получатели сообщают отправителям о своем понимании сообщения. В большинстве ситуаций получатели не пассивно воспринимают сообщения; они отвечают на них своими вербальными и невербальными сообщениями. Используя вербальную и невербальную коммуникацию, получатель передает отправителю информацию о том, как было переведено сообщение. В цикле обратной связи первоначальный получатель становится отправителем обратной связи, а первоначальный отправитель становится получателем обратной связи. Таким образом, в процессе межличностного общения индивиды постоянно переключаются между ролями отправителя и получателя. В приведенном примере вы впервые получили информацию от Дмитрия Николаевича, когда ответили ему, например, так: «Вы хотите лекарство от высокого давления?» — тем самым отправив ему свое понимание его сообщения.

Обратная связь может быть простой: просто кивок головы, или более сложной, например, несколько предложений, чтобы убедиться, что вы правильно поняли пациента. Итак, что вы написали на листке бумаги, каким будет ваш ответ Дмитрию Николаевичу? Вы могли бы сказать: «Извините, Дмитрий Николаевич, я не совсем понимаю, какое же лекарство вам нужно?» или «Как вы себя чувствуете, Дмитрий Николаевич? Выглядите немного подавленным». Таким образом, в данном примере

обратной связью будет ваш ответ пациенту. Обратная связь позволяет сделать общение двусторонним взаимодействием, а не односторонним монологом.

В процессе общения большинство из нас склонны сосредотачиваться на сообщении и часто упускают возможность получить обратную связь. Поэтому, как получатели сообщений, часто мы не можем предоставить отправителю надлежащую обратную связь, а как отправители сообщений, мы порой не запрашиваем обратную связь у получателя или в некоторых случаях игнорируем ее, поэтому иногда мы ошибочно думаем, что взаимодействие было лучше, чем оно есть на самом деле (т. е. «Я действительно чувствовал, что она поняла то, что я ей сказал»). Чуткое отношение к другим может улучшить способность получать и предоставлять полезную обратную связь собеседнику.

Представленная модель полезна тем, что ее легко понять и она весьма упрощает процесс коммуникации. В любой ситуации межличностного общения люди одновременно отправляют и получают сообщения. Например, в описанном выше сценарии первоначальное сообщение было отправлено Дмитрием Николаевичем: «Врач выписал мне новый рецепт, и еще мне нужно про запас лекарство от высокого давления, которое я принимаю». Однако во время разговора с работником аптеки пациент наблюдал за его невербальным поведением и тем самым получал сообщение от него, отправляя устное сообщение: обращает ли специалист внимание на него, улыбается ли он, подтверждает ли кивками головы получение устных сообщений и т. д. Таким образом, коммуникация носит транзакционный характер и межличностное взаимодействие включает в себя как вербальные, так и невербальные сообщения с обеих сторон.

### **Барьеры**

На эффективность межличностного общения, в частности на точность обмена информацией, оказывает влияние ряд «помех», или барьеров. Например, если бы в аптеке шумно работал кондиционер или громко разговаривали посетители у витрины с лекарствами, пока вы беседовали с Дмитрием Николаевичем, было бы еще труднее понять, что он пытается донести до вас. Такие барьеры, как перегородка из безопасного стекла между вами и посетителем аптеки, поступивший вам телефонный звонок во время разговора с ним или неспособность Дмитрия Николаевича слышать вас из-за неисправного слухового аппарата, могут оказывать серьезное влияние на эффективность межличностного общения. Далее мы посвятим целую главу (глава 4) стратегиям выявления и последующего сведения к минимуму возможных барьеров, осложняющих коммуникацию между работниками аптеки и их посетителями.