

УДК 39

DOI: 10.17223/2312461X/26/8

УРОВЕНЬ МЕДИЦИНСКОЙ ГРАМОТНОСТИ РОССИЙСКИХ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ ВРАЧЕЙ

Наталья Александровна Вяткина

Аннотация. Уровень медицинской грамотности пациентов сегодня становится важным направлением для развития систем здравоохранения различных стран. Существует множество вариантов замера этого уровня и попыток его повышения, так как это способствует не только улучшению качества медицинской помощи, но и сокращению расходов на ее оказание. В статье дается описание понятия медицинской грамотности и подходов к ее изучению в России и в мире. Основной целью исследования является выявление текущего уровня медицинской информированности пациентов в оценке 69 врачей из различных регионов России. Врачи высказываются о том, что, в их представлении, пациент должен знать о собственном здоровье и здоровье своих близких в домашних условиях и в медицинских учреждениях, а также как они оценивают текущий уровень медицинской грамотности своих пациентов и влияние на него интернета.

Ключевые слова: медицинская грамотность, информированность пациентов в вопросах здоровья, медицинская антропология, врач, пациент, российские реалии, российское здравоохранение

Введение

Повышение уровня медицинской грамотности является одной из важнейших задач для систем здравоохранения множества стран. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, медицинская грамотность связана с грамотностью в общем ее понимании и предполагает наличие у людей знаний, мотивации и компетентности для получения, понимания, оценки и применения медицинской информации в целях вынесения суждений и принятия решений в повседневной жизни в отношении медицинского обслуживания, профилактики заболеваний и укрепления здоровья для поддержания или улучшения качества жизни в течение всей жизни¹.

Уровень медицинской грамотности пациентов не только позволяет фокусироваться на профилактике заболеваний и снижать риски инфекционных заболеваний, но одновременно повышать качество оказываемой населению медицинской помощи. Это становится возможным не только благодаря более глубоким знаниям пациента о собственном теле и происходящих в нем процессах, способности описать симптомы,

грамотно рассказать на приеме об истории болезней, но также корректно и внимательно соблюдать назначения врача. Уровень медицинской грамотности населения напрямую влияет и на затраты системы здравоохранения (Яковлева 2016): во-первых, предотвратить болезнь и снизить факторы риска дешевле, чем лечить с применением дорогостоящих процедур; во-вторых, своевременное лечение и четкое соблюдение всех назначений позволят быстрее и наиболее экономически эффективно, для системы в том числе, вернуть пациента в ряды здоровых, социально и экономически активных граждан.

Целью данного исследования является выявление отношения врачей к текущей информированности пациентов, а также оценка ими уровня медицинской грамотности последних, влияния на нее интернета и других источников информации о здоровье. В онлайн-анкетировании приняло участие 69 респондентов. Отбор респондентов осуществлялся как прямым приглашением к участию в исследовании, так и распространением ссылки на анкету в закрытых профессиональных сообществах врачей. Стаж работы врачом основной доли участников исследования составил более 10 лет (88,3% респондентов, в том числе 30,4% указали стаж от 10 до 20 лет, 27,5% – от 20 до 30 лет и 30,4% – более 30 лет). Почти половина респондентов проживает в Москве и Московской области (34 человека), 9 в Новосибирске, 5 в Санкт-Петербурге, по 2 в Барнауле и Самаре, а также по одному в других городах России (Комсомольск-на-Амуре и Геленджик). Врачебные специальности участников исследования также отличаются разнообразием: анестезиологи-реаниматологи (9 человек), хирурги-эндоскописты (8 человек), терапевты (6 человек), врачи клинической лабораторной диагностики (6 человек), педиатры (5 человек), онкологи (4 человека), неврологи (4 человека), гинекологи (3 человека), нефрологи (3 человека), кардиологи (3 человека) и прочие специальности от урологов и неонатологов до дерматологов, диетологов и психотерапевтов. Разнообразие регионов, в которых живут и работают участники данного исследования, как и разнообразие врачебных специальностей, которые они представляют позволило широко взглянуть на поставленную проблему в современных российских условиях, а также выделить отдельные специфические особенности и уникальные мнения.

Медицину сегодня принято рассматривать не только в традиционном естественно-научном ракурсе, но и через призму гуманитарных наук. Еще в 1970-х гг. Всемирная организация здравоохранения разработала стратегию «Здоровье для всех» (Health for All), благодаря которой интерес к вопросам здоровья начал повышаться в психологии, антропологии, социологии и коммуникациях. Тесную связь медицины и культуры подчеркивала и продолжает это делать канадский антрополог

Маргарет Локк: «Любая медицинская система является продуктом истории и существует внутри конкретного экологического и культурного контекста. <...> Если этот контекст изменяется, то меняется и медицинская система. На нее будут влиять экономические, политические и философские концепции» (Капра 1996). Успешное взаимодействие врача и пациента зависит не только от конкретного сложившегося типа системы здравоохранения с его такими внешними факторами, как культурные, социальные, экономические, политические и пр., но также и уровня компетенции пациента в медицинских вопросах. Культура неизбежно влияет на взаимоотношения врача и пациента (Ковтюк, Козлова 2016; Яковлева 2016), на то, как последние воспринимают и реагируют на информацию, связанную со здоровьем. При этом в разных странах представления о болезни и здоровье, применение лекарственных средств, образ врача и возможности систем здравоохранения различны.

Влияние культурных факторов на здравоохранение подчеркивается и российскими исследователями, например Е.И. Кириленко (2012) выделяет следующие особенности российской медицины:

1) само слово «больной» («испытывающий боль, страдание») заставляет заболевшего человека воспринимать себя как страдальца, который ожидает от окружающих, и в том числе врача, понимания и сочувствия;

2) в России болезнь в силу сложившихся традиций воспринимается как внешний враг или внешнее воздействие, а пациенты (больные) в силу этого ассоциируют себя отдельно от своей болезни;

3) в сравнении с западными странами в России меньше внимания уделяется индивидуальным проблемам со здоровьем, а также в меньшей степени распространены профилактические способы сохранения здоровья;

4) врач воспринимается как авторитарная фигура, поскольку патернализм и уважение власти традиционно заложены в российской культуре и обществе.

Эти особенности, формировавшиеся десятилетиями, оказывают существенное влияние на коммуникации врача и пациента в России. При этом сегодня все большую роль в их взаимоотношениях начинает играть возросшая, благодаря интернету и прочим коммуникационным инструментам, пациентская информированность. Российская медицина в последние годы не без влияния экономических и рыночных причин начала поворот в сторону пациентоориентированности и активного вовлечения пациентов в процесс принятия решений и лечения. Это предполагает активное участие пациента в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких.

Интернет и прочие многочисленные источники информации о здоровье дали возможность многим пациентам полагать, что они в состоя-

нии самостоятельно принимать решение о медицинских вопросах, оставляя врачу лишь роль консультанта (Tiuog 2012). Но внушительный объем информации о здоровье может оказаться для пациента настолько же полезным, сколь и опасным. Переоценка пациентом собственных знаний, игнорирование врачебных назначений и рекомендаций, самолечение, опора на ненадежные источники информации могут оказать существенное влияние на его здоровье.

Навыки общения врача и пациента совсем недавно стали в России отдельным и важным направлением постоянного повышения квалификации современных врачей, хотя коммуникация в сфере здравоохранения была выделена в отдельный сегмент еще в 80-е гг. XX в. (Яковлева 2016). После распада СССР в 1990-х и особенно с началом 2000-х в России объем медицинской информации, предназначенной для широких масс, рос колоссальными темпами, в то время как качество этой информации часто оставалось низким. Поэтому, а также благодаря советскому наследию, роль и влияние врача во взаимоотношениях врача и пациента все еще остаются патерналистскими.

Патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента предполагает, что врач не только принимает на себя обязанности пациента, но и самостоятельно решает, в чем состоит его благо (Сурмач, Тищенко 2007), врач также сам решает, какую именно информацию и в каком объеме о состоянии здоровья пациента или предполагаемой тактике лечения предоставлять.

Автономная модель, напротив, исходит из полного равноправия и диалога между врачом и пациентом, а информирование является обязанностью врача (Сурмач, Тищенко 2007). На практике успешность этой модели ограничивается компетентностью пациента. Компетентность же напрямую зависит от общего уровня культуры, психического и эмоционального состояния пациента, его медицинской грамотности и степени информированности о собственном состоянии.

Несмотря на то, что автономная модель выглядит в современном мире более предпочтительной, согласно некоторым исследованиям, для определенных стран и национальностей (Китай, Япония, страны юга Европы и др.) (Сурмач, Тищенко 2007; Thompson 2018) патернализм является необходимым и желательным со стороны пациентов, так как предполагает проявление большего доверия опекающему врачу. Врачи, ориентированные на автономную модель взаимоотношений, напротив, вызывают в этих странах недоверие, так как у пациентов складывается ощущение, что их здоровье неважно для врача, а большое количество вопросов со стороны врачей о последствиях использования тех или иных процедур или лекарств создает у них чувство тревоги и неуверенности в компетентности врача.

Для российских пациентов наиболее предпочтительными в коммуникациях с врачом являются (Воробьев, Деларю, Куцепалов 2004) коллегиальная модель (она же совещательная, при низком уровне информированности пациента она функционирует в виде интерпретационной, т.е. одной из задач врача становится убеждение) и модель патерналистского типа. При этом общение врача и пациента, несмотря на широкое использование в современной медицине всевозможных лабораторных и инструментальных методов, остается ключевым в лечебно-диагностическом процессе (Сурмач, Тищенко 2007).

При оценке качества оказываемых медицинских услуг пациенты ориентируются в большинстве своем на потребительские аспекты: своевременность, доступность и отношение со стороны медицинского персонала (Сурмач, Тищенко 2007; Vyatkina 2018). Но формирование доверия, необходимое для эффективного коммуникационного контакта между врачом и пациентом, может быть нарушено в том случае, если пациент не понимает используемой врачом терминологии. Как отмечает в своем исследовании П. Аронсон, «в результате распада патерналистской институциональной системы здравоохранения россияне оказались в ситуации кризиса экспертного знания и институционального доверия» (Аронсон 2006). Коммерциализация медицины, информационная закрытость системы российского здравоохранения, неудачный индивидуальный опыт и широкое обсуждение в медиа-среде различных «шокирующих» эпизодов усилили сомнение пациентов в возможностях отечественной медицины, а также в профессионализме отдельных медицинских работников, что экстраполировалось на все медицинское сообщество.

Необходимо также отметить, что институциональное недоверие и прочие субъективные факторы, например: отказ от полноценного лечения из-за боязни потери работы и заработка, незначительная степень тяжести заболевания, географическая недоступность медицинских учреждений, сложившаяся ситуация доступности и развитости аптечных сетей, привели к значительному росту самолечения. Проведенное в 2016 г. исследование Левада-Центра (Яковлева 2016) выявило растущие требования к системе здравоохранения в целом и к врачу в частности, при этом на фоне отсутствия критики к собственному образу жизни, доверие к врачам и уровню их профессиональной подготовки снизилось.

Индивидуальное поведение людей в отношении собственного здоровья приводит в конечном итоге к различным исходам по факту обращения к системе здравоохранения. К примеру, аккуратность выполнения назначенных врачом предписаний остается серьезной проблемой не только в России, но и в мире. Согласно проведенному в США исследованию, 4 из 10 пациентов принимают лекарства не так, как им назначил врач (Parker 2006).

В США давно обратили внимание на проблему несоответствия требований системы здравоохранения и текущего уровня медицинской грамотности большинства американцев. Пациенты с ограниченной медицинской грамотностью обладают меньшими знаниями о хронических заболеваниях и ЗОЖ, худшими навыками заботы о собственном здоровье, низким уровнем использования профилактических проверок здоровья и соблюдения назначений врача, более высоким уровнем госпитализаций, что связано с возрастающими расходами на здравоохранение и худшими показателями здоровья. Более же грамотные в вопросах здоровья пациенты раньше обращаются в медицинские учреждения, так как раньше обнаруживают и понимают тревожные симптомы, чаще соглашаются с медицинским персоналом, читают и понимают инструкции к медицинским препаратам, понимают, что их врачи им советуют и не боятся задавать уточняющие вопросы. Сегодня, когда рост количества назначений врачей в США вырос с 19,6 в 1992 г. до 28,5 в 2000 г. и 38,5 в 2010 г., а среднее количество врачей, которых посещает один пациент в год, достигло восьми (Parker 2006), уровень медицинской грамотности пациентов становится ключевым параметром в сокращении расходов на здравоохранение.

Низкий уровень медицинской грамотности (Osborne et al. 2013) ведет к повышению смертности, увеличению количества госпитализаций, низкому использованию профилактических мер поддержания здоровья, плохому соблюдению предписанных назначений, трудностям в общении с медицинскими работниками, меньшему знанию о процессах развития и распространения болезней, низкому уровню заботы о себе среди пациентов с хроническими заболеваниями, увеличению расходов на здравоохранение, а также к неравенству в здравоохранении в зависимости от этнической принадлежности (языковые барьеры) и уровня образования. Благодаря использованию различных коммуникативных методов, ряд проблем в сфере здравоохранения возможно решить (Яковлева 2016), среди основных методов можно выделить улучшение медицинской грамотности, преодоление информационного неравенства, снижение уровня неопределенности при взаимодействии с системой здравоохранения, мотивация и поддержка профилактики заболеваний, пропаганда ЗОЖ, опровержение мифов и неверных представлений о здоровье и т.д.

Повышение уровня медицинской информированности возможно осуществить благодаря использованию различных инструментов и в различных контекстах (Яковлева 2016), каждый из которых при точечной настройке и в зависимости от конечных целей может стать важной составной частью сложносоставного понятия медицинской грамотности:

1) внутриличностная коммуникация (воспитание, ценности, убеждения, оценки и интерпретация связанных со здоровьем сообщений) –

этот контекст крайне важен с точки зрения базовых основ медицинской грамотности, то, что идет из семьи, воспитания, дошкольного и школьного образования;

2) межличностная коммуникация (взаимоотношения между пациентами, между членами семьи, друзьями, коллегами, взаимоотношения с представителями медицинских профессий) – здесь важным является вопрос доверия и авторитетов, который может направить пациента по пути истины или введет в заблуждение;

3) организационная коммуникация (иерархия и информационные потоки внутри медицинских учреждений и системы здравоохранения, а также отношения между работодателем и наемным работником) – данный контекст может показаться очевидным, но нередко пациенты не знакомы с формальными процедурами, например запись к конкретному врачу, а работник часто бывает поверхностно знаком с процедурой оформления больничного или своих прав в получении выплат по болезни от работодателя или государства;

4) межкультурная коммуникация (роль культуры в понимании здоровья и болезни, всевозможные межкультурные особенности) – в России этот аспект коммуникаций является крайне актуальным;

5) социальный аспект коммуникации направлен на видоизменение и улучшение сообщений о здоровье и здравоохранении с целью влияния на поведение различных групп населения и призван сократить неравенство в доступе как к самим медицинским услугам, так и к медицинской информации;

6) средства массовой информации, их роль и возможности в донесении информации о здоровье и болезнях, важной проблемой здесь является качество и контроль за распространяемой в СМИ информацией;

7) роль и степень влияния коммуникаций в развитии взаимоотношений между пациентами и представителями медицинских профессий – сегодня профессиональное сообщество начало уделять повышенное внимание навыкам общения с пациентами, проводятся всевозможные курсы и онлайн-тренинги, выпускаются книги и т.д.

Важнейшую роль в повышении уровня медицинской грамотности пациентов сегодня, безусловно, играет интернет. Почти 80% населения планеты использует различные онлайн-инструменты для доступа к информации медицинского характера (Яндекс.Поиск... 2016; Karnam 2017). Однако из-за большого объема медицинской информации в интернете и часто низкого качества этой информации, уровень информированности пациентов в медицинских вопросах остается, по мнению врачей, невысоким. Сегодня можно выделить несколько типов пациентов, исходя из уровня их информированности в медицинских вопросах, соответственно можно описать поведение врача в отношении каждого из типов (Karnam 2017):

– полностью информированный пациент: читает достоверную и проверенную информацию, применяет полученные знания корректно и соответствующе ситуации (согласно данным нашего исследования, таких пациентов в России крайне мало, 44,9% участвующих в исследовании врачей отметили, что иногда пациенты не знают элементарных вещей, что мешает в работе и занимает дополнительное время). Необходимо также отметить, что полностью информированный пациент – это непостоянное состояние, в зависимости от ситуации, диагноза, качества каждой отдельной единицы полученной информации, пациент может превратиться в любой из описанных типов;

– введенный в заблуждение пациент: читает качественную информацию, но не способен корректно применить ее в отношении собственного здоровья, такого пациента врач может успешно превратить в хорошо информированного;

– сбитый с толку пациент: читает в основном недостоверную информацию и применяет ее к нерелевантным симптомам, в этой ситуации врачу необходимо убедиться, что пациент четко соблюдает назначенное лечение и не занимается самодиагностикой или самолечением, постепенно такого пациента можно направлять на чтение проверенных источников информации, а также помогать идентифицировать симптомы, имеющие отношение к диагнозу;

– дезинформированный пациент: применяет недостоверную информацию к собственным симптомам, врачу необходимо убедиться, что пациент получил доступ к проверенным и достоверным источникам информации.

Таким образом, на каждом приеме (ограниченном по времени нормативами) врач должен успеть оценить степень информированности своего пациента, определить объем и уровень информации, который пациент способен воспринять, убедиться в том, что пациент все понял и назначения будут выполнены в полном объеме.

В связи с тем, что пациент всегда полагает, что является полностью информированным, в результате взаимоотношения с врачом, эффекта проводимого лечения и прочих процессах, связанных с собственным здоровьем, у пациента можно выделить различные состояния (Karnat 2017):

1) состояние разочарования: пациент подвергает сомнению все, что говорит ему врач, а также любую информацию, доступную в интернете;

2) состояние чрезмерной уверенности: пациент чувствует, что в состоянии ставить диагнозы и лечить себя и своих близких, опираясь на информацию и знания, полученные им в интернете;

3) состояние пессимизма: пациент подвергает сомнению достоверность любой информации, полученной от врача, и не доверяет источникам информации в интернете, даже если их посоветовал врач.

Каждое из этих состояний не может не влиять на текущие коммуникации, качество работы и эффективность взаимоотношений врача и пациента. То есть врачу на приеме необходимо также учитывать и состояние пациента. Вероятно поэтому, по мнению 32 участников нашего исследования (46,4%), для врача было бы удобнее, чтобы пациенты меньше искали в интернете информацию о здоровье, а все, что необходимо знать, врач им сообщит на приеме.

Множество источников медицинской информации дают сегодняшним пациентам впечатление, что они могут в значительной степени управлять вопросами, связанными с собственным здоровьем, а врачи необходимы исключительно как консультанты. Но объем и качество обширной информации о здоровье могут быть настолько полезными, насколько же и губительными. Поэтому врач должен действовать в первую очередь как защитник интересов пациента, если потребуется, в отрыве от интересов общества (Tiuog 2012).

«Не навреди»: необходимые навыки пациентов в домашних условиях

Некоторые врачи, участники данного исследования, высказывали недоумение резкости формулировок вопросов анкеты «Что должен знать / уметь пациент в домашних условиях / в медицинских учреждениях?». Во-первых, считаю важным отметить, что в современных реалиях мы постоянно слышим о том, что «должен» или «не должен» врач, не говоря о том, должен ли что-то пациент, а, во-вторых, сама резкость формулировок нивелируется шкалой от «полностью не согласен» до «абсолютно согласен».

Оценивая базовые знания и навыки пациентов в домашних условиях, врачи-участники исследования были единогласны в том, что пациент должен знать адрес поликлиники и ближайшего травмпункта (60 респондентов из 69), правильно измерять температуру, пульс и давление (54 респондента), уметь определять критическую ситуацию, когда необходимо вызывать скорую помощь (41 респондент). По поводу остальных знаний и навыков врачи не были столь единогласны. Наибольшее сомнение вызвали вопросы об умении самостоятельно справиться с распространенными заболеваниями (ОРВИ, отравления и т.п.), а также об умении грамотно применять безрецептурные препараты (жаропонижающие, анальгетики, антисептики), 39 и 33% респондентов соответственно указали среднее значение на шкале.

В развернутых комментариях о знаниях в медицинских вопросах в домашних условиях многие респонденты обращали внимание на необходимость знания азов первой доврачебной помощи, а также отличительные признаки инфаркта и инсульта.

- Как оказать первую доврачебную помощь при ожогах, травмах.
- Временный гемостаз (остановка кровотечения. – Н.В.).
- Уметь сделать простую перевязку.
- Уметь поддерживать самостоятельное дыхание при отсутствии сознания у пострадавшего до приезда ОЗ.
- Проведение сердечно-легочной реанимации, желательно.

Также, по мнению врачей – участников исследования, пациенты в домашних условиях должны не только уметь собирать или иметь аптечку, но и помнить о безопасном хранении лекарственных средств.

- Как правильно хранить имеющиеся в семье лекарства и как их уберечь от доступа детей.
- Должен иметь аптечку первой помощи и уметь эту помощь оказать.
- Уметь собрать аптечку первой помощи.

Врачи также обращают внимание на необходимость уметь / знать, когда необходимо вызывать бригады скорой помощи, и отличать, когда обращение в скорую не является необходимостью.

- Пациент должен понимать, что, обратившись с несерьезными симптомами в скорую помощь, он может причинить вред здоровью пациенту с серьезными симптомами ожиданием бригады СП.
- Знать, когда не надо вызывать скорую и врача на дом.
- Должен иметь продуманный план логистики себя или родственника до ближайшего приемного многопрофильной больницы в экстренной ситуации.

Важным и необходимым врачи считают также знание собственной (своих близких) истории болезни и принимаемую терапию.

- На что может быть аллергическая реакция, и чем болел до настоящего заболевания.
- Знать телефон своей поликлиники, скорой. Уметь описывать свои жалобы, уметь называть заболевания, которыми болеет и какими препаратами пользуется регулярно.

Отдельными знаниями и навыками, по мнению участников исследования, должны обладать пациенты с хроническими заболеваниями.

- Пациент, страдающий хроническим заболеванием, должен знать признаки дестабилизации состояния, иметь при себе список принимаемых препаратов.
- При наличии хронических заболеваний четко выполнять предписанные назначения.
- Должен знать, как справиться с обострением хронического заболевания, которым он страдает.

Забота о собственном здоровье, физическая активность, здоровое питание и прочие профилактические меры особенно важны для пациентов в домашних условиях.

– Знать основы рационального питания, основы гигиены, необходимых мер первой помощи.

– Должен знать о здоровом образе жизни, о вреде малоподвижного образа жизни, о вреде переедания, понимать, что он ест: состав, знать о вреде курения и алкоголя.

– 1) свое тело; 2) проводить профилактику ЛФК; 3) пропагандировать изучение своего организма тела психики души и искать гармонию в них.

– Пациент должен выполнять рекомендации врача по ведению здорового образа жизни. При плохом самочувствии обращаться только к врачу.

При этом врачи предупреждают, что, анализируя сложившуюся ситуацию и принимая решения самостоятельно без специального медицинского образования, пациенты рискуют ошибиться.

– 1) должен знать, что он не врач и не обладает теми знаниями, которые получал врач на протяжении 7–9 лет; 2) должен уметь не навредить своими зачастую безграмотными действиями себе, своим близким и действиям врача.

– Пациенты не обязаны знать или обладать медицинскими знаниями, необходимо налаживать возможность попасть к квалифицированному врачу.

– Думаю, самое главное не переоценить свои знания, особенно если речь идет о здоровье ребенка.

– Ничего не должен, пока его не научили. Должны быть тренинги по сердечно-легочной реанимации дома до приезда скорой (на Западе такой тренинг обязателен при приеме на любую работу), и по первой помощи. И даже после него, мы можем рассчитывать не на «должен», а на повышение образования среди пациентов.

– Как бы не справился с ситуацией, все равно обратиться к врачу.

– Пациент должен знать, что в серьезных случаях заболевания нельзя заниматься самолечением, но необходимо посетить врача для постановки диагноза.

Необходимость наличия собственного врача, которому доверяешь, чтобы в экстренной ситуации посоветоваться, подчеркивали многие участники исследования.

– Врача, с которым можно посоветоваться (несколько).

– Должен иметь врача, которому доверяет, и иметь возможность обратиться к нему.

– Надо иметь дома аптечку, лист с телефонами лечащих врачей.

«Молчать и слушать»: необходимые навыки пациентов в медицинских учреждениях

Описывая необходимые знания и навыки пациентов в медицинских учреждениях, респонденты были единогласны в том, что пациент дол-

жен знать свою историю болезни (аллергии, хронические, семейные заболевания) 50 человек из 69, подробно описывать свои симптомы врачу (46 человек), а также должен знать процедуру записи к врачу (39) и основные правила посещения медицинских учреждений (40). Базовые знания о лечебно-диагностических процедурах не являются необходимыми, по мнению врачей, а вот что действительно важно, так это четкое соблюдение назначений врача (61 человек из 69 абсолютно согласны с этим утверждением).

Крайне важным, по мнению врачей, является на приеме задать все необходимые уточняющие вопросы.

- *Подготовить все вопросы и выяснить их на приеме у врача.*
- *Не стесняться задавать врачу вопросы о своем заболевании.*
- *Составить список вопросов, на которые хочет получить ответ.*
- *Должен знать ответы на все интересующие вопросы, быть полностью информированным о своем состоянии, знать, каких симптомов/осложнений можно ожидать и что при них делать. У него должна быть информация, куда звонить и обращаться в рабочие и праздничные дни.*

При всей полноте информированности пациента о своем состоянии, самостоятельная смена лечения является недопустимой.

- *Четко следовать рекомендациям, не принимать личные препараты и не менять схему лечения без согласования с врачом.*

– *Задавать вопросы врачу, если они есть. Не менять самостоятельно и не отменять назначения, если с приемом препарата не возникает проблем.*

- *Должен следить за своим состоянием и вовремя обращаться к врачу при ухудшении самочувствия. Не должен самостоятельно менять схему лечения. Не должен принимать препараты по «рекомендации» соседей и основываясь на рекламе!!!*

Корректное выполнение предписаний и информирование лечащего врача о нарушениях также являются важными аспектами успешного процесса лечения. Многие пациенты предпочитают скрывать от своих врачей информацию о том, что они знают / прочитали в интернете, какие препараты принимают в дополнение к назначенной врачом терапии (Kivits 2006). Открытость и честность во взаимоотношениях считают необходимым и врачи, принявшие участие в данном исследовании.

- *Подготовка к сдаче анализов, правильно принимать препараты. Многие принимают все таблетки горстью.*

– *В случае неудачи в лечении при повторном обращении не скрывать информацию о невыполнении предписаний врача.*

Получение обратной связи от пациентов в виде повторного приема также является обязательным по мнению участников исследования. Зачастую, почувствовав себя лучше, пациенты пренебрегают необходи-

мостью посетить врача после завершения или в процессе лечения. Также после выздоровления пациенты должны обращать внимание на рекомендации по соблюдению здорового образа жизни и профилактики заболеваний.

– После разъяснения квалифицированным врачом о имеющемся заболевании задуматься и научиться (по мере интеллектуальных возможностей) прислушиваться и относиться к собственному здоровью более вдумчиво и, получив правильную консультацию, повышать степень самообразованности.

– Не только принимать назначенные препараты, но и активно включаться в оптимизацию своего образа жизни.

– Пациент должен избегать ситуаций, которые привели к нарушению здоровья. Желательно посещать врача регулярно с профилактической целью.

Вежливость и корректность в поведении – то, чего не хватает сегодняшним пациентам, ниже приведено одно из ярких высказываний:

– Соблюдать культуру общения (обращаться к врачу как к специалисту, а не обслуживающему персоналу). Должен знать, что зачастую проблему, с которой больной обратился, невозможно разрешить одной таблеткой или одним визитом.

«Пациент скорее жив, чем мертв»: уровень медицинской грамотности российских пациентов

В целом врачи-участники данного исследования оценивают уровень медицинской грамотности своих пациентов как приемлемый (39 респондентов из 69), ниже среднего и достаточный для человека без медицинского образования (10 и 9 человек соответственно).

К основной причине роста информированности пациентов респонденты относят интернет: 63 человека из 69. При этом 33 респондента отметили, что уровень информированности пациентов никак не влияет на результат их работы, хотя 15 человек признались, что этот факт мешает им в работе.

Оценивая особенности информированности в медицинских вопросах своих пациентов, участники исследования отмечали поверхностность, сумбурность и разрозненность знаний в головах.

– Пациенты путают термины и понятия. Полагая, что более дорогое исследование им подходит лучше, чем то, что назначил врач.

– В вопросах здоровья информированность поверхностная, мешает желание отредактировать назначения врача без понимания их смысла.

– Неправильно расставляют акценты на симптомах, лечении и побочных явлениях.

– Вера в народные средства (у других респондентов Instagram, Google, мнение соседа, Малышеву. – Н.В.), отрицание пользы опреде-

ленных групп препаратов, недооценка своего образа жизни, вредных привычек.

– Нет заинтересованности в получении объективной информации. Большая часть информации из сети на уровне сплетен и домыслов. Информацию в Сети ищут не для реального улучшения собственного здоровья, а для получения сиюминутных выгод.

– Наверное, это все же поверхностные знания, направленные на снятие симптоматики заболеваний, а не на причину.

– 1) Ставят диагнозы по отдельным симптомам. 2) Требуют от врача проведение того или иного анализа или исследования, которое, по их мнению, необходимо для постановки диагноза.

– Часто читают в интернете отзывы и возможные нежелательные реакции по назначенным препаратам и прекращают прием, опасаясь осложнений.

Интересно, что в зависимости от специальности врача, есть уникальные особенности, не характерные для общей картины.

– Я онколог. Любая семья, сталкивающаяся с онкологией, проводит поиск в интернете всего о заболевании и приходит с какими-то идеями на этот счет. Так как я обучена на специальном курсе коммуникации, их информированность часто в плюс построения беседы и обсуждения вариантов.

– Не понимают, что высокое АД (артериальное давление. – Н.В.) хуже постоянного приема препаратов, считают статины (лекарственные препараты, применяемые для нормализации уровня холестерина. – Н.В.) злом.

– Кардиологические и эндокринологические пациенты, как правило, «профессора» своей болезни. Остальные слабее ориентированы.

Оценивая объем и качество информации о здоровье в интернете, на телевидении, радио и проч., врачи – участники исследования, склонны считать, что информации о здоровье много, но высказывают тревогу о качестве этой информации, что часто вводит их пациентов в заблуждение (52 человека из 69). Считают, что проблема повышения уровня медицинской грамотности населения важна в современном здравоохранении, 54 респондента; по 27 человек высказались о необходимости повышения его как крайней или о необходимости корректировки, при этом 14 человек не считают эту проблему первоочередной для российского здравоохранения.

Основным инструментом для повышения уровня медицинской грамотности пациентов участники исследования все еще считают общение врача и пациента (38 респондентов), ТВ и радиопередачи (31), а также брошюры, распространяемые в медицинских учреждениях (27). Также важными инструментами могут стать специализированные занятия в школах / вузах, научно-популярные книги / лекции и специализированные печатные издания (газеты, журналы).

Больше всего, по мнению врачей, уровень медицинской грамотности пациентов зависит (по убывающей) от уровня образования (пациенты с высшим образованием более грамотны в вопросах собственного здоровья), от возраста (чем старше, тем выше уровень медицинской грамотности), от места проживания (город / деревня), от семейного положения (семейные люди больше вовлечены в вопросы здоровья себя и своей семьи), от уровня благосостояния (чем выше доход, тем выше уровень медицинской грамотности), от наличия предыдущего опыта обращения в медицинские учреждения для себя и близких (если опыт был, то осведомленность в медицинских вопросах / процедурах / правилах выше), от навыков и опыта использования интернета. По мнению многих врачей – участников исследования, только личная заинтересованность может оказывать мотивирующее влияние на повышение уровня информированности пациентов в вопросах собственного здоровья и здоровья своих близких.

Заключение

Перед тем, как начать заниматься проблемой повышения уровня медицинской грамотности на государственном уровне, необходимо оценить его текущее состояние. В мире сегодня существует несколько подходов к его замеру, так, например, цифры об угрожающем уровне медицинской грамотности доступны в США, Канаде, Великобритании и Европе (Parker 2006; Амлаев и др. 2012; Osborne et al. 2013; Rowlands et al. 2014), но единой методики пока не выработано. При этом согласно исследованию, проведенному недавно в Санкт-Петербурге (Зелионко и др. 2017), достаточный уровень осведомленности в вопросах здоровья, профилактики заболеваний, здорового образа жизни и гигиены не является гарантом личной приверженности пациентов к здоровьесберегающему поведению. Таким образом, перед системой здравоохранения стоит задача не только повышения информированности, но и повышения ответственности и осознанности пациентов в вопросах, связанных с собственным здоровьем и здоровьем своих близких.

Медицинская грамотность населения непосредственно влияет на профилактику и уменьшает избыточное давление на систему здравоохранения в целом (Турдалиева и др. 2014). Но уровень медицинской грамотности не является постоянной величиной. В зависимости от контекста и течения жизни требования к навыкам и компетенциям пациентов различны, таким образом необходимо говорить о непрерывном обучении от дошкольного (домашние условия) до пенсионного возраста граждан.

Сегодня в России осуществляются различные долгосрочные программы развития здравоохранения, во многих из них уделяется внима-

ние повышению уровня медицинской грамотности и информированности населения в вопросах собственного здоровья, важности и ориентированности на профилактику и здоровый образ жизни. Таким образом, задача по разработке инструментария для адекватной оценки способностей граждан искать и использовать информацию для достижения и поддержания приемлемого для комфортного уровня личного здоровья и здоровья своих близких, в том числе уровня знаний о здоровье и умения пользоваться ими, становится как никогда актуальной.

Примечания

¹ *World Health Organization. Health Literacy.* URL: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> (дата обращения: 12.07.2019).

Литература

- Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. Т. IX, № 2. С. 120–131.
- Амлаев К.Р., Муравьева В.Н., Койчугев А.А., Уткина Г.Ю. Медицинская грамотность (компетентность): состояние проблемы, способы оценки, методики повышения грамотности пациентов в вопросах здоровья // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2012. № 4. С. 75–79.
- Воробьев А.А., Деларю В.В., Куцепалов А.В. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач – пациент // Социология медицины. 2004. № 1. С. 39–45.
- Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Филатов В.Н. Принципы формирования у населения здоровьесберегающего поведения на основе компетентностно-деятельного подхода // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. 2017. Т. 9, № 2. С. 97–102.
- Кириленко Е.И. Медицина в контексте культуры // Бюллетень сибирской медицины. 2012. № 6. С. 8–16.
- Ковтюк Г.С., Козлова М.А. Взаимосвязь медицины и культуры // Лечебное дело. 2016. № 2. С. 71–75.
- Капра Ф. Уроки мудрости / пер. с англ. В.И. Аршинова, М.П. Папуша, В.В. Самойлова, В.Н. Цапкина. М.: Изд-во Трансперсонального ин-та, 1996.
- Сурмач М.Ю., Тищенко Е.М. Коммуникационный процесс врач – пациент в современном здравоохранении // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2007. № 1. С. 198–201.
- Турдалиева Б.С., Аимбетова Г.Е., Байсунова Г.С., Байсугурова В.Ю., Индершиева Е.В., Турдалиев Б.С., Багиярова Ф.А. Грамотность в сфере здоровья: современное состояние и перспективы развития (Казахстан) // Вестник КазНМУ. 2014. № 2 (4). С. 122–125.
- Яковлева И.В. Коммуникация в сфере здравоохранения: управленческий аспект // Государственное управление. Электронный вестник. 2016. Вып. 59. С. 168–188.
- Karnam S. Hybrid Doctors: The Need Risen from Informed Patients // Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2017. Vol. 11 (2). P. ZI01–ZI04.
- Kivits J. Informed Patients and the Internet // Journal of Health Psychology. 2006. Vol. 11 (2). P. 269–282. DOI: 10.1177/1359105306061186.
- Osborne R. et al. The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) // BMC Public Health. 2013. Vol. 13. P. 658. URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/658> (дата обращения: 09.08.2019).

- Parker R. What an Informed Patient Means for the Future of Healthcare // *Pharmacoeconomics*. 2006. Vol. 24, suppl. 2. P. 29–33. DOI: 1170-7690/06/0002-0029/\$39.95/0.
- Rowlands G. et al. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information // *British Journal of General Practice*. June 2014. P. 379–386.
- Thompson G. Can Physicians Demonstrate High Quality Care Using Paternalistic Practices? A Case Study of Paternalism in Latino Physician–Patient Interactions // *Qualitative Health Research*. 2018. Vol. 28, is. 12. P. 1–13. DOI: 10.1177/1049732318783696.
- Truog R. Patients and Doctors – The Evolution of a Relationship // *The New England Journal of Medicine*. 2012. P. 581–585.
- Vyatkina N. The Internet and Healthcare System in Russia // 2nd International Scientific Conference «HealthOnline 2018 Patient Engagement in the Digital Era: Book of Papers with Peer Review and Abstracts. 25–26.01.2018» / K. Kacjan Zgajnar, A. Starc (eds.). Ljubljana: University of Ljubljana, 2018. P. 265–272.

Источники

- Яндекс.Поиск. Поиск здоровья. URL: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_health (дата обращения: 09.08.2019).
- World Health Organisation. Health Literacy. URL: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/> (дата обращения: 12.07.2019).

Статья поступила в редакцию 14 августа 2019 г.

Vyatkina Natalia A.

HEALTH LITERACY AMONG PATIENTS IN RUSSIA AS ASSESSED BY RUSSIAN PHYSICIANS

DOI: 10.17223/2312461X/26/8

Abstract. At present, patients' health literacy is becoming an important vector of healthcare system development in many countries. There already exist numerous approaches to measuring and improving health literacy, which not only help better the quality of medical care, but also reduce costs of its provision. The article describes the concept of health literacy and approaches to the study of this concept in both Russia and abroad, and discusses the results of an online survey of 69 physicians from different regions of Russia who were asked to assess the current level of their patients' health literacy. The physicians also shared their opinion as to what exactly patients should know about their health and the health of their relatives when being at home or in hospital, and how the Internet influences health literacy.

Keywords: health literacy, medical anthropology, physician, patient, communications, Russian healthcare system

References

- Aronson P. Utrata institutsional'nogo doveriia v rossiiskom zdравookhranении [The loss of institutional trust in Russian healthcare], *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noi antropologii*, 2006, Vol. IX, no. 2(35), pp. 120–131.
- Amlaev K.R., Murav'eva V.N., Koichuev A.A., Utkina G.Iu. Meditsinskaiia gramotnost' (kompetentnost'): sostoianie problemy, sposoby otsenki, metodiki povysheniia gramotnosti patsientov v voprosakh zdorov'ia [Health literacy (competence): the current state of the problem, evaluation methods, and ways of improving patients' literacy in health matters], *Meditsinskii vestnik Severnogo Kavkaza*, 2012, no. 4, p. 75–79.
- Vorob'ev A.A., Delariu V.V., Kutsepalov A.V. Vliianie informirovannosti patsienta na strukturirovanie vzaimootnosheniia v sisteme vrach – patsient [The impact of patient

- knowledge on the structuring of relations between physicians and patients], *Sotsiologiya meditsiny*, 2004, no. 1, pp. 39-45.
- Zelionko A.V., Luchkevich V.S., Avdeeva M.V., Filatov V.N. Printsipy formirovaniia u naseleeniia zdorov'esberegaiushchego povedeniia na osnove kompetentnostno-deiatel'nogo podkhoda [The principles of stimulating health-preserving behavior using the competence- and action-based approach], *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*, 2017, Vol. 9, no. 2, pp. 97-102.
- Kirilenko E.I. Meditsina v kontekste kul'tury [Medicine in the context of culture], *Biulleten' sibirskoi meditsiny*, 2012, no. 6, pp. 8-16.
- Kovtiuk G.S., Kozlova M.A. Vzaimosviaz' meditsiny i kul'tury [The relationship of medicine and culture], *Lechebnoe delo*, 2016, no. 2, pp. 71-75.
- Kapra F. *Uroki mudrosti* [Lessons of wisdom]. Trans. from English by V.I. Arshinov, M.P. Papusha, V.V. Samoilov, V.N. Tsapkin. Moscow: Izd-vo Transpersonal'nogo Instituta 1996.
- Surmach M.Iu., Tishchenko E.M. Kommunikatsionnyi protsess vrach – patsient v sovremennom zdavoookhraneni [The 'physician – patient' communication process in contemporary healthcare], *Zhurnal Grodnenskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta*, 2007, no. 1, pp. 198-201.
- Turdaliev B.S., Aimbetova G.E., Baisunova G.S., Baisugurova V.Iu., Indershieva E.V., Turdaliev B.S., Bagiiarova F.A. Gramotnost' v sfere zdorov'ia: sovremennoe sostoianie i perspektivy razvitiia (Kazakhstan) [Health literacy: current state and development prospects (Kazakhstan)], *Vestnik KazNMU*, 2014, no. 2(4), pp. 122-125.
- Yakovleva I.V. Kommunikatsiia v sfere zdavoookhraneniia: upravlencheskii aspekt [Communication in healthcare sector: the management aspect], *Gosudarstvennoe upravlenie. Elektronnyi vestnik*, 2016, Vol. 59, pp. 168-188.
- Karnam S. Hybrid Doctors: The Need Risen from Informed Patients, *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2017 Feb, Vol. 11(2), pp. Z101-Z104.
- Kivits J. Informed Patients and the Internet, *Journal of Health Psychology*, 2006, Vol. 11(2), pp. 269-282. DOI:10.1177/13591053060061186.
- Osborne R. et al. The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 2013, Vol. 13, pp. 658. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/658> (Accessed 9 August 2019).
- Parker R. What an Informed Patient Means for the Future of Healthcare. *Pharmacoeconomics*, 2006, vol. 24, Suppl. 2, pp. 29-33. DOI:1170-7690/06/0002-0029/\$39.95/0.
- Rowlands G. et al. A mismatch between population health literacy and the complexity of health information, *British Journal of General Practice*, June 2014, pp. 379-386.
- Thompson G. Can Physicians Demonstrate High Quality Care Using Paternalistic Practices? A Case Study of Paternalism in Latino Physician–Patient Interactions, *Qualitative Health Research*, 2018, Vol. 28, Issue 12, pp. 1-13. DOI:10.1177/1049732318783696.
- Truog, R. Patients and Doctors – The Evolution of a Relationship, *The New England Journal of Medicine*, 2012, February, pp. 581-585.
- Vyatkina N.A. The Internet and Healthcare System in Russia. In: *2nd International Scientific Conference "HealthOnline 2018 Patient Engagement in the Digital Era: Book of papers with peer review and abstracts. 25–26.01.2018"*, edited by K. Kacjan Zgajnar and A. Starc. Ljubljana: University of Ljubljana, 2018, pp. 265–272.

Internet resources

- Yandex.ru. Health search. Available at: https://yandex.ru/company/researches/2016/ya_health (Accessed 9 August 2019).
- World Health Organisation. Health Literacy. Available at: <https://www.who.int/health-promotion/health-literacy/en/> (Accessed 12 July 2019).