

УДК 159.99:17

## ПСИХОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА В РЕАЛИЯХ ИНТЕРОПЕРАБЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНЫ

**Тихомирова Е.А., Суркова Р.С., Фомин С.В.**

*ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград, Россия, e-mail: sezam.luga@mail.ru*

Модернизация национальной системы здравоохранения приводит к заметному повышению качества медицинского обслуживания, внедрению высокотехнологичных медицинских услуг в региональную медицинскую практику, требуя профессионального роста самих медицинских специалистов. Национальная система здравоохранения России переживает существенные позитивные изменения, связанные с интеграцией передовых информационных технологий, призванных повысить качество жизни российских граждан, связанное с уровнем их здоровья. Большое внимание уделяется процессу модернизации общей врачебной практики, наблюдается интеграция передовых информационных технологий, призванных повысить качество жизни российских граждан, связанное с уровнем их здоровья. Но существенным пробелом в этом направлении является отсутствие методической системы психологического сопровождения пациента, которая позволила бы отслеживать проблемы готовности пациентов к принятию новых медицинских услуг и их информационного сопровождения, предупреждать и решать психологические и этические проблемы дистанционного взаимодействия с пациентами. Востребованность такой системы связана с феноменом постарения нации, формирующим среди пациентов советские ностальгические настроения и неспособность быстро реагировать на инновации в силу возрастных психических особенностей. Мероприятия социально-психологической поддержки пожилых пациентов должны разрабатываться на основе биоэтических принципов уязвимости и этики заботы.

*Ключевые слова:* качество жизни, этические принципы, этика заботы, биоэтическое образование.

## THE PATIENT' PSYCHOLOGY IN THE INTEROPERABIL OF MEDICINE

**Tikhomirova E.A., Surkova R.S., Fomin S.V.**

*Volgograd State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Volgograd, Russia, e-mail: sezam.luga@mail.ru*

The improvement of the national health system leads to a marked improvement in the quality of medical care, the introduction of high-tech medical services into regional medical practice, requiring the professional growth of medical specialists themselves. The national healthcare system in Russia is experiencing significant positive changes related to the integration of advanced information technologies designed to improve the quality of life of Russian citizens due to their level of health. But a significant gap in this direction is the lack of a methodological system of psychological support for the patient, which would allow monitoring patients' readiness to accept new medical services and their information support, to prevent and solve psychological and ethical problems of remote interaction with patients. The demand for such a system is connected with the phenomenon of aging of the nation, which forms Soviet nostalgic moods among patients and the inability to respond quickly to innovations due to age-related mental characteristics. Activities of socio-psychological support for elderly patients should be developed on the basis of bioethical principles of vulnerability and ethics of care.

Key words: quality of life, ethical principles, ethics of care, bioethical education.

**Актуальность.** Модернизация национальной системы здравоохранения приводит к заметному повышению качества медицинского обслуживания, внедрению высокотехнологичных медицинских услуг в региональную медицинскую практику, требуя профессионального роста самих медицинских специалистов [8]. В то время, когда профессиональные компетенции врача формализованы в системе непрерывного медицинского образования, пациенту, его социально-психологическим качествам как реципиента медицинских услуг, уделяется недостаточно внимания [1].

**Цель** нашей работы – на основе анализа специальной литературы оценить психологическую готовность пациентов к интеграции инноваций в медицинской практике на модели элементов медицинской информатики.

Сравнительно новым для российской медицинской практики является активное внедрение элементов медицинской информатики в коммуникативное поле. Российские пациенты регионов с трудом адаптируются к новой форме записи к врачу в формате электронной записи. Учитывая выраженное неравенство качества жизни разных слоев населения России, интеграция медицинской информатики в процесс взаимодействия врача и пациента, приводит к уязвимости определенных слоев населения. Появился термин «электронное неравенство», подразумевающее неравный доступ к электронным ресурсам, обусловленный материальным положением или другими социальными параметрами (например, возраст, место жительства).

По результатам современных социологических исследований, значительная часть пациентов скептически относятся к виртуальной записи к врачу, а тем более к виртуальному общению с медицинским специалистом. Это связано, прежде всего, с наблюдаемым феноменом старения нации – к 2020 году треть населения России будет представлена лицами пенсионного возраста [9].

В развитых странах Европы и США, где продвижение технологий медицинской информатики давно является частью государственной политики, используется термин EMR (технологии медицинской информатики) и его синоним EHR (электронные медицинские записи). Эти термины иногда включают и другие понятия (НИТ или Health Information Technology), представляющие собой системы, которые отслеживают медицинскую информацию, а также систему управления практикой, которая поддерживает электронную медицинскую запись.

По состоянию на 2006 год внедрение информационных технологий в сферу здравоохранения, таких как ввод заказов через систему «компьютерный врач» (СРОЕ), в Соединенных Штатах было минимальным. Менее 10% американских больниц внедрили

медико-информационные технологии, и только 16% врачей первичной медико-санитарной помощи используют EHR. Подавляющее большинство транзакций в сфере здравоохранения в Соединенных Штатах происходит на бумаге, - система, которая осталась неизменной с 1950х годов. Промышленность здравоохранения составляет всего 2% валового дохода, что является скудным по сравнению с другими информационными отраслями, такими как финансы, которые тратят более 10%. Несмотря на разработку государственных программ, типа «Клинические информационные системы», темпы их интеграции остаются медленными.

Новая качественная характеристика подобных инноваций в области здравоохранения получила название «интероперабельность». Это способность различных систем информационных технологий и программных приложений обмениваться информацией, аккуратно, эффективно и последовательно обмениваться данными и использовать информацию, которая была изменена. Надо отметить, что все эти системы закреплены в законодательных актах, касающихся защиты авторских прав, защиты персональных данных и услуг электронного правительства

Несмотря на то, что в Соединенных Штатах разработка стандартов для взаимодействия EMR находится на переднем крае национальной повестки дня здравоохранения, обмен данными между практикующими врачами, аптеками и больницами до сих пор налажен. Многие врачи в настоящее время имеют компьютеризированные системы управления практикой, которые могут использоваться в сочетании с обменом медицинской информацией (HIE), позволяя выполнять первые шаги по обмену информацией о пациентах (результаты лабораторных исследований, отчетность общественного здравоохранения), которые необходимы для своевременного, ориентированного на пациента лечения. В настоящее время существует несколько конкурирующих поставщиков систем EHR, каждый из которых продает программный пакет, который во многих случаях несовместим с конкурентами. Имея в виду только поставщиков амбулаторных услуг, в настоящее время на рынке насчитывается более 25 основных брендов. В 2004 году была создана Канцелярия Национального координатора по информационным технологиям в области здравоохранения (ONC) для решения вопросов взаимодействия и создания Национальной информационной сети здравоохранения (NHIN). В рамках ONC во многих штатах были созданы региональные медицинские информационные организации для содействия обмену медицинской информацией.

Центр управления информационными технологиями осуществляет обмен данными здравоохранения на четырех различных уровнях структурирования данных. Цель таких проектов Национальной службы здравоохранения (NHS) в Великобритании максимально

охватить пациентов централизованной электронной медицинской картой. В 2010 году это удалось для 60 миллионов граждан. В Канаде успешно функционирует крупномасштабная операционная система электронного здравоохранения (EHR).

Несмотря на активное внедрение подобных технологий, принятие электронных медицинских записей врачами США растет медленно. Последние данные Национального обследования медицинской помощи (NAMCS) показывают, что четверть врачей, работающих в офисе, сообщает об использовании полностью или частично электронных медицинских систем записи (EMR), в 2005 году этот показатель составлял 18,2%. Тем не менее, всего 9,3% этих врачей фактически имеют EMR, причем все четыре основные функции, которые минимально необходимы: компьютеризированные заказы на рецепты, компьютеризированные заказы на тесты, результаты и примечания врача. Препятствия на внедрение системы EMR включают обучение, затраты и сложность, а также отсутствие национального стандарта для взаимодействия между конкурирующими вариантами программного обеспечения. Сертификационная комиссия по вопросам здравоохранения Information Technology (СЧИТ), частная некоммерческая группа, была профинансирована в 2005 году Департаментом здравоохранения США и Human Services для разработки набора стандартов и сертификации поставщиков, которые их встречают и 18 июля 2006 года выпустила свой первый список из 20 сертифицированных амбулаторных продуктов EMR и EHR. В Соединенных Штатах Департамент по делам ветеранов (VA) имеет самую крупную информационную систему здравоохранения всего предприятия, которая включает электронную медицинскую карту, известную как «Информационные системы здравоохранения ветеранов» и «Технология технологии» или «VistA». Графический пользовательский интерфейс, известный как Компьютеризированная система регистрации пациентов (CPRS), позволяет поставщикам медицинских услуг просматривать и обновлять электронную медицинскую запись пациента в любом из медицинских учреждений. CPRS включает в себя возможность размещения заказов, включая медикаменты, специальные процедуры, рентгеновские снимки, заказы на уход за больными, диеты и лабораторные анализы.

В России в июле 2017 года были внесены изменения в проект «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий», благодаря чему граждане могут посредством личного кабинета пациента «Моё здоровье» в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» вызывать врача на дом, получать сведения о прикреплении к медицинской организации, записываться для прохождения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Вводятся электронные

медицинские карты для всех граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования. Обеспечена возможность ведения медицинских документов в электронном виде с применением электронной подписи, организован электронный медицинский документооборот в медицинских организациях и между медицинскими организациями (не менее 50% медицинских организаций первичного звена к 2018 году), а также обеспечена возможность гражданам осуществлять доступ к их медицинским документам, в том числе посредством Личного кабинета пациента "Мое здоровье" на ЕПГУ.

Значит ли это, что скоро в России появится аналогичная американской система «Компьютерный врач»? Безусловно, такие аналоги помогут решить проблемы маршрутизации пациентов, учитывая географическую протяженность России и значительную удаленность многих регионов от центральных научно-исследовательских клиник и научных центров [4,7].

Проблема, на наш взгляд, в изменении отношения к такому дистанционному лечению у пациентов. Даже «избалованные» компьютерными технологиями европейцы все-таки предпочитают личное общение с врачом. Национальная система здравоохранения России только вступает в этот процесс в регионах, где не встречается особенно оптимистического настроения у населения (рис.1).

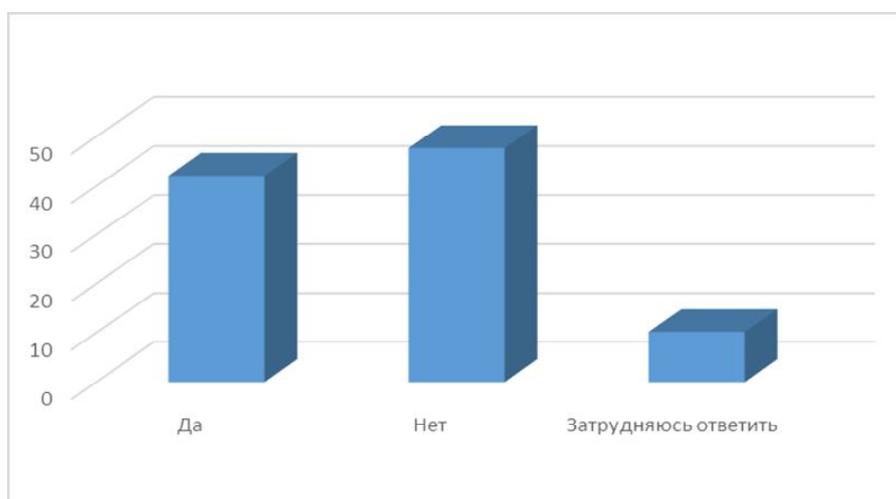


Рис. 1 Отношение пациентов к электронной записи

(Распределение пациентов при ответе на вопрос: «Считаете ли Вы, что электронная запись к врачу решит проблему доступности медицинской помощи?»).

В России, как и во многих стран Европы, среди пациентов преобладают лица пожилого возраста, испытывающие в целом, в силу возраста определенные проблемы в общении, а тем более, если в традиционное общение с врачом так интенсивно внедряются информационные технологии [3]. Сегодня по данным социологических опросов, лечиться у

«компьютерного» врача готовы не более 40% населения (в выборке преобладают лица не старше 55 лет, со средним и высшим образованием).

Таким образом, проблемы, связанные с интеграцией медицинской информатики в практику врача, за рубежом и в России имеют элементы идентичности только в плане технической стороны (разработка программ и решение вопроса интероперабельности). А вот социально-психологические проблемы восприятия подобной практики национальная система здравоохранения только начинает решать. Недостаточно только законодательно ввести пациента на рынок медицинских услуг (ФЗ № 323 от 2010 г), надо научить его новой роли потребителя этих услуг [10]. Несмотря на скептическое отношение к понятию потребительства в сфере охраны здоровья, этот процесс не обратим.

Важно не потерять те традиционные ценности русской земской медицины, по которым так ностальгирует российский пациент[2,5]. Основано это на том, что здравоохранение в СССР было абсолютно бесплатным и предоставлялось всем без исключения. Чтобы получить врачебную помощь в любой точке Советского Союза, взрослым необходимо было предоставить паспорт, а детям – свидетельство о рождении. Врачи получали фиксированные оклады независимо от количества принятых пациентов. Поэтому они могли провести полный осмотр больного без спешки и поставить более точный диагноз.

Пациентам пожилого возраста трудно осознать перемены последних десятилетий. В Конституции Российской Федерации закреплено право каждого человека на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Собственно говоря, система здравоохранения стала страховой. Но перечень бесплатных услуг ограничен программой государственных гарантий, которые существенно отличаются в зависимости от региона. Поскольку территориальный фонд обязательного медицинского страхования формируется за счет налогов с фонда заработной платы населения, то и сумма, выделяемая на человека, может существенно различаться в зависимости от экономического благосостояния региона. Россия интенсивно осуществляет модернизацию в сфере медицины. Происходит закупка современного импортного оборудования. С помощью новейших технологий многие болезни, перед которыми раньше врачи разводили руками, теперь поддаются лечению. Но все-таки не все сложные и тяжелые заболевания научились лечить, из-за этого необходимо ехать за границу, а это достаточно дорогое удовольствие. Поэтому каждый день СМИ «давят» информацией о том, что необходима помощь в сборе денежных средств на лечение детей. Все это формирует мнение у пожилых пациентов, что в период СССР все было прекрасно, а в сегодняшней России все плохо.

Необходима популяризация мероприятий модернизации здравоохранения, организация которой должна осуществляться с учетом феномена постарения нации. Лицам пожилого возраста необходима психологическая поддержка для принятия различных инноваций, а часто и материальная помощь. Неслучайно государственные программы поддержки пациентов с хроническими заболеваниями в Ирландии, и других европейских странах, часто синхронизированы с программами поддержки бедных слоев населения. Психологическое сопровождение пожилых лиц в разных сферах обслуживания, а особенно в системе здравоохранения должно строиться на основе международных стандартов этики. Это, в свою очередь, требует внедрения и в программы профессионального образования медицинских специалистов образовательных программ по биоэтике, предусматривающих формирование этического мышления врача, способности видеть и решать этические дилеммы, связанные с разными видами уязвимости пациента, в частности, связанных с пожилым возрастом.

В Типовые программы по Биоэтике, разработанные специалистами Международной сети кафедр биоэтики ЮНЕСКО, включены отдельные разделы, предусматривающие обсуждение вопросов этики при взаимодействии с пациентами пожилого и старческого возраста. Проблема уязвимости человека рассматривается с позиций этики заботы. Это сравнительно новая тема для медицинской этики и биоэтики, требующая в современных реалиях новых биоэтических решений и подходов [5]. В качестве методического инструментария для решения таких вопросов применяется статья 8 Всеобщей Декларации о биоэтике и правах человека 2005 г. («Признание уязвимости человека и уважение неприкосновенности личности»).

**Выводы.** Национальная система здравоохранения России переживает существенные позитивные изменения, связанные с развитием медицинских технологий, разработкой эффективных лекарственных средств профилактики и лечения. Большое внимание уделяется процессу модернизации общей врачебной практики, наблюдается интеграция передовых информационных технологий, призванных повысить качество жизни российских граждан, связанное с уровнем их здоровья. Но существенным пробелом в этом направлении является отсутствие методической системы психологического сопровождения пациента, которая позволила бы отслеживать проблемы готовности пациентов к принятию новых медицинских услуг и их информационного сопровождения, предупреждать и решать психологические и этические проблемы дистанционного взаимодействия с пациентами. Востребованность такой системы связана с феноменом постарения нации, формирующим среди пациентов советские ностальгические настроения и неспособность быстро реагировать на инновации в силу возрастных психических особенностей. Мероприятия социально-психологической

поддержки пожилых пациентов должны разрабатываться на основе биоэтических принципов уязвимости и этики заботы [6].

### Список литературы:

1. Айвазян Ш.Г. Формирование правовой компетентности врача в образовательной среде вуза // Международный журнал экспериментального образования. - 2015. - № 6. - С.121.
2. Быстревская Н.Ю. Комплементарность автономии и ответственности пациента в клинической медицине. Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. - С.52
3. Доника А.Д. Современные тенденции исследований проблемы профессиогенеза на модели медицинских специальностей // Экология человека. - 2017. - № 2. - С.52-57.
4. Жолудь Д.С. Биоэтическое содержание «блага» в современной медицинской практике // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. – С.54
5. Калякина Н.И. Биоэтические аспекты применения медицинских инноваций // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. - С. 49-50.
6. Карпович А.В. Современные стандарты качества высшего профессионального образования: транспарентный подход // Международный журнал экспериментального образования. - 2016. № 6 (часть 2). - С.258-259/
7. Морозов Р.Н. Трудоустройство инвалидов как социальная и этическая проблема современного общества // Биоэтика. – 2012. – Т. 1. - № 9. – С.33-35.
8. Олимпиева М. А. Инновационная медицина: интересы науки и общества // Международный журнал экспериментального образования. - 2017. - № 4-1. - С. 50
9. Финаева Е.П. Обеспечение прав пациента как проблема модернизации национального законодательства // Успехи современного естествознания. – 2011. - № 8 – С.253.
10. Donika A. Bioethical content of contemporary studies in medicine. В книге: Bioethics, Medical Ethics and Health Law Program and Book of Abstracts. 2017. С. 16.