

8. Ньюкомб Н. Развитие личности ребенка. СПб.: Питер, 2002. 640 с.
9. Осмоловский С.В. Совершенствование организации и технологий реабилитации детей-инвалидов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Владивосток, 2008. 25 с.
10. Постановление Правительства РФ от 01.12.2015 г. № 1297 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011–2020 годы» с изменениями и дополнениями от 19.04–25.05 2016 г. подпрограммы 2 «Совершенствование системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов» URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_189921/ (дата обращения 01.07.2016).
11. Райчев Д.А. Кто защитит детей от произвола? // Рабочий путь. 23.06.2006. № 133.
12. Современные технологии реабилитации в педиатрии / под ред. Е.Т. Лильина. М.: ОДИ International, 2000. Т. 1. 559 с.
13. Стаховская Л.В., Иванова Г.Е., Репьев А.П. Медицинское право и правовые основы медицинской реабилитации // Тихоокеанский медицинский журнал. 2015. № 1. С. 30–34.
14. Шеремтьева С.Н., Усанова Е.П., Разживина Г.Н. [и др.]. Факторы риска формирования детской инвалидности, обусловленной последствиями хронических заболеваний органов пищеварения // Здоровоохранение РФ. 2003. № 3. С. 38–42.
15. Health for all. Date Base. Copenhagen: WHO Regional Office Europe Update, 2006. URL: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html (дата обращения: 01.07.2016).
16. Koren J., Edwards M.V., Miskin M. Antenatal sonography of fetal malformations associated with drugs and chemicals // *Amar. J. Obstet. Gynec.* 1986. Vol. 156, No. 1. P. 79–85.

Поступила в редакцию 08.07.2016.

OPTIMIZATION OF COMBINED REHABILITATION TECHNOLOGIES OF PHYSICALLY CHALLENGED CHILDREN

D.S. Osmolovskiy, S.V. Osmolovskiy
Regional Clinical Center of Specialized Types of Medical Care (30/39 Uborevitcha St. Vladivostok 690091 Russian Federation)

Summary. The national health care reform conditions on the background of adverse health outcomes, priority of health care with the vector in the prevention of disease and disability, sharply raises the problem of modern social and hygienic studies aimed at improving enforcement and health agencies. Due to the absence of a broad network of specialized rehabilitation institutions, able to provide physically challenged children with a comprehensive medical, social and educational assistance, and insufficient regulatory documents regulating their activities. Many years' experience of the staff of Center for Restorative Medicine and Rehabilitation allows to make a number of proposals, the implementation of which in practice will enhance the level of care.

Keywords: child physical disability, infantile cerebral paralysis, Center for Restorative Medicine and Rehabilitation.

Pacific Medical Journal, 2016, No. 4, p. 90–93.

УДК 614.253.83:159

DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.93-97

Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача

О.Б. Асриян

Тихоокеанский государственный медицинский университет (690950, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

Представлен теоретический анализ актуальной для медицины и клинической психологии проблемы формирования комплаенса. Проведен обзор тенденций современного общества, указывающих на необходимость отказа от патерналистской модели отношений врача и пациента. Практическая значимость данного теоретического исследования обусловлена необходимостью поиска средств, позволяющих обеспечить формирование комплаентного поведения и сократить потери временных и финансовых ресурсов. Показано, что развитие коммуникативной компетентности врача позволит существенно повысить уровень комплаентного поведения.

Ключевые слова: отношения врач–пациент, патерналистская модель, терапевтический альянс.

По статистике, к наиболее социально-значимым в России сегодня относятся такие заболевания как туберкулез, ВИЧ-инфекция и злокачественные новообразования, смертность от которых практически не сокращается, несмотря на появление новых лекарственных средств. Одна из причин такого положения дел – несоблюдение пациентом определенного режима терапии, приверженность которому требует активного включения всех членов терапевтического альянса в процесс лечения [13]. Решение данной задачи лежит в плоскости психологических аспектов комплаенса и раскрытия внутренних условий его формирования [3].

Перед современным обществом остро стоит проблема повышения эффективности различного рода коммуникаций. С точки зрения психологии успешность

субъекта в коммуникационном пространстве определяется его коммуникативной компетентностью.

Взаимодействие врача и пациента, по своей сути, также представляет собой процесс коммуникации, в рамках которого должен быть сформирован терапевтический альянс, иначе становится недостижимым продуктивное сотрудничество в диаде врач–пациент [20]. Результатом такого сотрудничества комплаенс, рассмотрение которого хоть и должно носить междисциплинарный характер по причине своего нахождения в предметном поле клинической психологии, чаще трактуется в рамках медицинской парадигмы – соблюдение пациентом рекомендаций врача. По этой причине представляет интерес анализ внутренних условий формирования комплаенса, и, прежде всего, его связь с коммуникативной компетентностью врача [19, 21].

Асриян Ольга Борисовна – старший преподаватель кафедры общепсихологических дисциплин ТГМУ; e-mail: ponamareva_o@mail.ru

Исследования проблемы коммуникативной компетентности проводились, как в западной, так и в отечественной психологии. Этой проблемой занимались такие специалисты как Дж. Морено, Э. Берн, К. Роджерс, Е. Мелибруд и др., рассматривавшие различные аспекты, обеспечивающие успешность в сфере межличностного взаимодействия [10]. Данную проблему, в той или иной степени, затрагивали Л.С. Выготский, Б.Г. Ананьев, А.Н. Леонтьев, Б.Ф. Ломов, В.Н. Мясищев и другие отечественные авторы. Но только в 80-е годы XX века появились первые прикладные работы в сфере межличностных отношений. Были сформулированы продуктивные идеи. Г.М. Андреева выделила в общении три основные стороны: коммуникативную, перцептивную и интерактивную. А.У. Хараш разработал интерсубъективный подход к общению. В.И. Кабрин сформулировал основные положения транскоммуникативного подхода. И главное, в категориальный аппарат отечественной психологии вошло понятие коммуникативной компетентности, которое активно развивала О.И. Муравьева [17].

Коммуникативная компетентность врача представляется обширным полем для исследований, особенно в течение последних пяти лет [10, 15]. Для врача, профессиональная деятельность которого предполагает интенсивное и продолжительное общение, умение выстраивать эффективную коммуникацию – одно из важнейших профессионально-важных качеств. посредством развития коммуникативной компетентности возможно создание доверия, терапевтического альянса и эффективное решение задач, среди которых важнейшей служит формирование приверженности пациента к терапии.

Достаточно часто вина за невыполнение врачебных рекомендаций, и как следствие, неэффективность лечения, возлагается на «недобросовестного пациента», хотя комплаенс, как залог решения медицинских задач, во многом представляет собой результат коммуникативной компетентности врача. Для того чтобы инициировать принятие пациентом активной позиции, современный врач должен в первую очередь понимать границы своей компетентности, а также обладать определенными психологическими знаниями и умениями в области формирования терапевтического альянса.

Исторический обзор отношений врач–пациент показывает, что испокон веку первый был призван откликаться на зов второго независимо от тяжести заболевания, возраста, пола и социального положения пациента. Сам по себе термин «пациент» в переводе с латинского значит «страдающий», а с французского – «пассивный, безучастный». При этом, исследования, проводимые с целью изучения эффективного врачебного взаимодействия показывают необходимость принятия пациентом активной позиции, в рамках которой он из объекта воздействия может перейти в статус активного субъекта взаимодействия, целью которого служит формирование продуктивного терапевтического альянса [18].

В литературных источниках, посвященных проблеме отношений в социомедицинских профессиях, рассматриваются разнообразные модели этих отношений: патерналистская модель, которая предполагает опекающее отношение специалиста к своему подопечному; инженерная модель – игнорирование межличностного общения при ориентации врача (специалиста) исключительно на болезнь (проблему); коллегиальная модель, акцентирующая внимание на доверии и дружеских отношениях; контрактная модель, аналогичная по своей сути юридическому договору между специалистом социомедицинской профессии и клиентом; и договорная модель, предполагающая договор врача (специалиста) и пациента (клиента), построенный на принципе взаимного уважения и доверия [22].

До сегодняшнего времени в медицинской практике остается популярной патерналистская модель отношений, когда все решения принимает доктор, и он же несет за них ответственность. Пациенту отводится пассивная роль. Исследования, направленные на оценку результативности такого рода взаимоотношений, показывают их неэффективность [16].

Необходимость отхода от патерналистской модели обусловлена рядом причин. В первую очередь, это рост грамотности населения, обусловленный внедрением в жизнь современного человека информационных технологий. Безусловно, у этого явления существует и обратная сторона, которая также становится актуальной проблемой современного здравоохранения, и представляет собой появление так называемой «псевдограмотности», связанной с доступностью информационных ресурсов, в том числе и медицинской специфической информации. Во-вторых, это повышение ценности свободы и автономии в современном мире, когда даже благие действия вопреки воле пациента, считаются недопустимыми. Применение различного рода этических категорий возможно только при условии осуществления свободного выбора всеми участниками терапевтического альянса. И только в таком случае пациент, проявляя комплаентное поведение, способен самостоятельно нести ответственность за свои решения [12].

Несмотря на подобные тенденции современного общества довольно часто специалист социомедицинской профессии, а особенно врач, выбирает одну из непродуктивных форм взаимодействия с пациентом (клиентом), и причины такого выбора могут существенно отличаться. Здесь можно назвать и нежелание врача активно включаться в процесс терапевтического сотрудничества. Такого рода нежелание, как правило, вызвано стремлением защитить себя от избыточной информации и эмоциональной заряженности. И.А. Шаповалов отмечал, что отношения между врачом и пациентом можно рассматривать как разновидность политических. Ограничивая доступ больного к информации, врач тем самым сохраняет за собой власть и право принимать решения. Вероятно, этот факт имеет под собой реальную основу. Не сообщая

пациенту всей информации, врач избавляется от необходимости обсуждать с ним особенности лечения, а профессиональная лексика позволяет ему быть менее эмоциональным [6].

Кроме того, препятствием к выстраиванию гармоничного терапевтического альянса часто бывает «врачебная инертность», под которой понимается отсутствие какой-либо модификации лечения при наличии для этого объективной необходимости. Причиной данного явления чаще всего служит переоценка врачом успеха традиционного лечения, его эмоциональное выгорание, либо отсутствие соответствующих знаний и навыков в области как лечения, так и эффективной коммуникации. Для обеспечения должной степени комплаенса пациенту необходимо быть с врачом искренним и испытывать удовлетворенность от сотрудничества, несмотря на то, что оно может быть связано не с самыми благоприятными обстоятельствами в жизни. Такие отношения отвечают гуманистическим ориентациям современной медицины и являются залогом результативности лечения.

Третья группа причин, по которым современный врач может отдавать предпочтение неэффективным моделям коммуникации, связана с реорганизацией системы здравоохранения, повлекшей за собой ряд преобразований, в условиях которых специалист испытывает значительные перегрузки. Краткосрочность приема, большие очереди, психологическое напряжение пациентов в значительной мере препятствуют продуктивному общению, установлению терапевтического альянса и созданию комплаентного поведения [12].

На наш взгляд, самым перспективным направлением, позволяющим формировать коммуникативную компетентность врача, является внедрение психологического сопровождения студентов медицинского вуза, целью которого будет формирование компетенций, отвечающих за умения и навыки именно в сфере эффективной коммуникации. Большое внимание уделяется подготовке будущих врачей в научно-теоретических, научно-методических и практических работах [14]. Но все-таки выпускники медицинских вузов не в полной мере соответствуют здесь современным требованиям по причине того, что успешность врачебной деятельности зависит не только от профессиональных и инструментальных знаний, умений и навыков, но и от способности пользоваться ими и реализовывать свой потенциал за счет развития профессионально-важных качеств личности [10].

Одним из этапов, предвосхищающих процесс формирования коммуникативной компетентности врача, является формирование у студентов медицинского вуза психологической готовности к обучению, на что указывают результаты исследования, проведенные в 2012 г. на базе Тихоокеанского государственного медицинского университета. Это исследование выявило взаимосвязь между социальным и эмоциональным интеллектом студентов и уровнем их психологической готовности к обучению, поэтому в целях развития

данных психологических характеристик в учебный процесс был внедрен тренинг командообразования [1].

Кроме того, современные исследования в области формирования умений и навыков в системе профессиональной компетенции студентов в медицинском вузе показывают, что наибольший обучающий эффект достигается именно в реальных условиях при включении в обучение коммуникативно-тренинговых, рефлексивно-тренинговых и креативно-тренинговых технологий [23]. Внедрение такого рода технологий в образовательный процесс может быть оптимизировано посредством психологического сопровождения формирования соответствующих психологических составляющих профессиональных компетенций.

Важно отметить, что действия врача, взаимодействующего с пациентами разного возраста, – это своеобразный творческий процесс, который не ограничен профессиональными умениями, а включает в себя различные элементы коммуникативной компетентности. Кроме того, залогом успешной деятельности в рамках любой социологической профессии, а особенно в профессии врача, служит эмоционально положительное отношение к профессии, развитие профессионального самосознания, а также инициативное творческое мышление, как способ избежать шаблонов в решении профессиональных задач.

Качество взаимоотношений между врачом и пациентом в настоящее время признано краеугольным камнем современной медицины. Терапевтический альянс, как показывают многочисленные исследования, оказывает прямое влияние на эффективность лечения и, прежде всего, за счет достижения комплаенса [11, 12].

В современной науке, медицинской и психологической практике для обозначения комплаентности употребляют такие термины, как compliance, adherence (приверженность), comprehensive disease management (управление болезнью), concordance (соответствие) и persistence (настойчивость). В переводе с английского compliance означает «согласие, приспособление, приверженность, разделение взглядов, стремление соответствовать».

Одним из первых термин compliance применил D.L. Sackett, и несколько позднее его использовал R.V. Haynes. При этом R.V. Haynes дал сугубо медицинское определение комплаентности, как «меры, в которой поведение индивида соответствует медицинским предписаниям или предписаниям, касающимся здоровья».

В отечественной психологии исследования комплаенса производились в большей степени в рамках медицинской парадигмы. Такими авторами как Д.С. Данилов, Н.В. Богатырев и Л.И. Ложкина были рассмотрены вопросы формирования и оптимизации, а также измерения комплаенса. Д.С. Данилов анализировал содержание понятия «терапевтическое сотрудничество» (комплаенс), механизмы его формирования и методы оптимизации в рамках междисциплинарного подхода на стыке медицины и психологии [4].

В.Д. Менделевич, изучая психологическую составляющую комплаентности, отмечал, что она имеет сложную структуру, состоящую из трех функциональных блоков: сенсорно-эмоционального, логического и поведенческого. Сенсорно-эмоциональный блок включает в себя непосредственные впечатления и переживания, вызванные ситуацией лечения, логический представляет систему оценок и суждений для объяснения необходимости лечения и его эффектов, поведенческий сформирован мотивами, действиями и поступками по реализации терапевтической программы.

Актуальным остается и вопрос измерения комплаенса. Н.В. Богатырев в своих работах рассматривал четыре способа описания комплаенса. Первый представляет собой отчет врача на основании данных, полученных в беседе с пациентом. Часто в рамках такого способа используется шкала медикаментозного комплаенса. Второй способ – это самоотчет пациента о приеме лекарств и выполнении рекомендаций. В частности, большую популярность здесь получила шкала Мориски–Грина. Третий и четвертый способы – учет лекарственных средств и биохимический анализ, соответственно. Все вышеперечисленные подходы не затрагивают внутренних условий формирования комплаенса как психологического феномена [2].

Попытка создания инструмента измерения комплаенса как психологического феномена была предпринята О.Б. Асриян, Р.В. Кадыровым и С.В. Ковальчук и представлена новой методикой определения уровня комплаентности, ориентированной на выявление приверженности личности к лечению, и основанной на структурно-содержательных характеристиках данного феномена (социальная, эмоциональная и поведенческая комплаентность). Важно, что процедура конструирования опросника отражает сущность феномена комплаентности не только как выполнения рекомендаций врача, но и как своеобразную картину внутренних переживаний человека по поводу своего здоровья, выраженных в своеобразном рисунке эмоционального отреагирования, поведения и социального взаимодействия [6].

Систематизация научных воззрений по соблюдению врачебных назначений – нелегкая задача, поскольку данная проблема является «молодой» и весьма далекой от всестороннего осмысления и разрешения. Об этом свидетельствует и то, что в основном существуют такие теории и концепции, которые можно интерпретировать как относящиеся к проблеме комплаентности, а не напрямую занимающиеся этой проблемой. Необходимо отметить, что различные подходы для изучения феномена комплаентности привели к возникновению ряда концептуальных моделей, которые сходятся на объекте, но расходятся по предмету, методам, задачам и категориальному аппарату.

В общемедицинском подходе преобладает биосоциальная модель феномена комплаентности, которая

объясняет все преимущественно через биологические факторы, такие как характер заболевания, побочное действие препаратов, различного рода реакции на то или иное лекарство или схему лечения, а также социально-экономические составляющие, к которым относятся доступность препаратов и удобство схемы лечения. В этой модели большое внимание уделяется клиническим факторам, оказывающим влияние на комплаенс пациента [4].

В клинической психологии сегодня наиболее актуальна биопсихосоциоэтическая модель Г.В. Залевского [5]. В ее рамках любое явление в объектном поле клинической психологии наиболее полно рассматривается как системный феномен с системной (причинной и непричинной) детерминацией, системной структурно-уровневой организацией (психический-функциональный, психологический-душевный, психологический-духовный), в их близком и специфическом отношении с физическим, соматическим. Данная модель находит свое отражение в развитии концепции психосоматического фенотипа Н.А. Кравцовой. Этот фенотип является продуктом психосоматического развития и представляет собой совокупность соматических, психологических, психосоциальных и ценностных свойств личности, присущих ей механизмов психологических регуляций телесных функций, прямо связанных с такими феноменами, как схема и образ тела [7–9]. При рассмотрении внутренних условий формирования комплаентности обоснован анализ факторов, под воздействием которых создается саногенный или патогенный психосоматический фенотип, что в результате позволяет развить целостную модель комплаенса, как психологического феномена.

Наиболее обоснованным из уже существующих можно считать определение комплаенса, как сложного психологического феномена, включающего в себя сенсорно-эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты [11]. Опираясь на вышеописанную биопсихосоциоэтическую концепцию и концепцию психосоматического фенотипа Н.А. Кравцовой, представляется необходимым включение в определение комплаенса духовной составляющей, посредством которой возможно выстраивание интегрированной модели, где забота человека о своем здоровье будет рассматриваться в рамках телесного, психического, социального и духовного актов. При этом формирование комплаентного поведения происходит в результате субъективной переработки системы отношений человека к объективному миру под воздействием коммуникативных знаний, умений и навыков, составляющих коммуникативную компетентность врача.

Результаты обобщения литературных источников, посвященных проблеме комплаенса, показали, что данный феномен представляет собой результат развернутого во времени процесса, в который включены:

- ♦ пациент (с его личной моделью здоровья, медицинской осведомленностью, стилем решения проблем,

- социализацией, внутренней картиной болезни, мнением ближайшего окружения и т.д.);
- ♦ врач (с коммуникативной компетентностью, со своими особенностями профессиональной социализации, специальными медицинскими знаниями и навыками, стилем ведения консультации, стилем выписки назначений и т.д.);
 - ♦ специфика взаимодействия в кабинете врача (у врача – это готовность к терапевтическому сотрудничеству, понятный для пациента язык общения, у пациента – реакция на внушающие вопросы, внимание к деталям, полнота изложения жалоб и др.);
 - ♦ переживание и понимание (зрелость внутриличностной рефлексии) симптомов заболевания пациентом;
 - ♦ понимание врачом жалоб пациента и выбор ресурсов лечебного воздействия, инструктирование пациента при окончании консультации (профилактика низкой комплаентности);
 - ♦ понимание пациентом информации, которую доносит ему врач;
 - ♦ принятие предписаний врача и формирование пациентом плана деятельности по выздоровлению.

В рамках такой трактовки феномена комплаенса представляется возможным переход от патерналистской к более современной модели отношений между врачом и пациентом, позволяющей пациенту и членам его семьи активно участвовать в принятии всех важных решений и посредством ведения диалога с врачом, получать всю интересующую информацию о состоянии своего здоровья.

Литература

1. Асриян О.Б., Кадыров Р.В., Черненко В.В. Новый взгляд на психологическую оценку готовности к обучению в вузе // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. 2013. № 4. С. 27–32.
2. Богатырев Н.В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 116. С. 260–264.
3. Власкина И.В., Лысуенко С.А. Особенности психологического сопровождения формирования профессионально важных качеств будущих специалистов социомедицинских профессий // Психолого-педагогические проблемы образования. 2015. № 1. С. 112–118.
4. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание, понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4–12.
5. Залевский Г.В. От «демонической» до биопсихосоциально-этической модели психического расстройства // Сибирский психологический журнал. 2009. № 32. С. 57–64.
6. Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.В. Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Изд-во Мор. гос. ун-та, 2014. 74 с.
7. Кравцова Н.А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами: дис. ... д-ра психол. наук. Владивосток, 2009. 356 с.
8. Кравцова Н.А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Владивосток: Медицина ДВ, 2013. 224 с.
9. Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю. [и др.]. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств // Тихоокеанский мед. журнал. 2013. № 4. С. 48–55.
10. Ледванова Т.Ю., Лим В.Г., Свистунов А.А. [и др.]. Коммуникативная компетентность врача как часть компетентностной модели подготовки специалиста. // Менеджмент качества и инноваций в образовании: региональный аспект. Монография в 2 томах. Том 2. М.: Изд-во РГТЭУ, 2010. 376 с.
11. Ложкина Л.И. Комплаенс как актуальная проблема медицинской психологии: теоретико-методологические аспекты // Известия Саратовского ун-та. 2015. Т.15, вып. 3. С. 75–80.
12. Лутова Н.Б. Взаимосвязь медикаментозного комплаенса и терапевтического альянса у больных психозами // Вестник психотерапии. 2012. № 44. С. 23–30.
13. Любаева Е.В., Ениколопов С.Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. 2011. № 2. С. 111–127.
14. Люкшина Д.С., Асриян О.Б., Черемискина И.И. Психологические характеристики студентов медицинского вуза различной творческой направленности // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2. С. 521.
15. Манулик В.А., Михайлюк Ю.В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект) // Инновационные образовательные технологии. 2013. № 1. С. 19–23.
16. Микиртычан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медико-социальная и этическая проблема педиатрии // Вопросы современной педиатрии. 2012. № 11. С. 5–10.
17. Муравьева О.И. Психология коммуникативной компетентности: учебник. Томск: Изд-во Томского университета, 2012. 160 с.
18. Пилипцевич Н.Н., Павлович Т.П., Пилипцевич А.Н., Короед А.Е. Взаимодействие врача и пациента – высокое искусство в достижении здоровья // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2012. № 3. С. 41–50.
19. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 14–21.
20. Сорокоумова С.Н., Исаев В.П. Специфика профессиональной деятельности специалистов помогающих профессий // Педагогическое образование в России. 2009. № 4. С. 186–189.
21. Субботина Л.Ю., Чихачев М.В. Неэффективность общения при деформации коммуникативной компетентности // Ярославский педагогический вестник. 2015. № 3. С. 200–204.
22. Фирсова И.В., В.Ф. Михальченко В.Ф. Социально-психологические аспекты комплаентности пациентов в стоматологической практике // Вестник ВолГМУ. 2007. № 2. С. 3–9.
23. Шуматов В.Б., Крукович Е.В., Осин А.Я., Садова Н.Г. Формирование умений и навыков в системе профессиональной компетенции студентов в медицинском вузе // Тихоокеанский медицинский журнал. 2010. № 4. С. 82–86.

Поступила в редакцию 15.03.2016.

KOMPLAENS AS RESULT OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF THE DOCTOR

O.B. Asriyan

Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave. Vladivostok 690950 Russian Federation)

Summary. The study presents a theoretical analysis of the challenging problem relevant to medicine and clinical psychology – the formation of the compliance. We reviewed the trends of the modern society pointing to the necessity of abandoning the paternalistic model of doctor-patient relationship. The practical significance of this theoretical study is the need to find means to ensure the formation of compliance behavior and to reduce the loss of time and financial resources. It has been shown that the development of communicative competence of the physician will significantly increase the level of compliance behavior.

Keywords: doctor-patient relationship, paternalistic model, therapeutic alliance.