

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Гущин А.В., Потапова О.Н.

Рассмотрена динамика отношений врача и пациента на материале экспертного опроса с использованием графического представления полученных результатов. На основании данных графического моделирования определены возможности формирования сбалансированной модели отношений врача и пациента.

Показана возможность графического представления основных особенностей модели коммуникации в системе «врач-пациент», которое применимо как для практики опросов участников лечебно-диагностического процесса, так и для наглядного сопоставления полученных результатов. На основании применения данного графического представления по результатам экспертного опроса определены основные особенности сбалансированной модели отношений врачей и пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса. Предлагаемая сбалансированная модель отличается от коллегиальной внесением большего детерминизма в поведенческую стратегию врача, что способно, по мнению представителей медицинского сообщества, снизить стоимость ее реализации, тем самым, приблизив ее к большинству пациентов.

Ключевые слова: врач, пациент, модель отношений.

DYNAMICS OF PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP IN THE CONTEMPORARY SOCIO-ECONOMIC CONDITIONS

Guschin A.V., Potapova O.N.

This article discusses the dynamics of the doctor-patient relationship using the data of the expert survey with graphical representation of the results. The graphical modeling data are used to reveal the conditions of forming a harmonious model of doctor-patient relationship.

The article demonstrates the potential of graphical representation of the main features of doctor-patient communication which can be applied both to conduct surveys of therapeutic and diagnostic process participants and for side-by-side comparison the obtained results. The graphically represented survey results were used to determine the main features of a harmonious model of doctor-patient relationship in the course of a diagnostic and treatment process. The proposed harmonious model differs from the collegial model in greater determinism in the doctor's behavioral strategy, which can make its implementation less costly, thus making it more attractive to the majority of patients.

Key words: doctor, patient, model of relationship

Отношения между пациентом и врачом (и шире – медицинским работником) могут рассматриваться, как наиболее сложные интерперсональные отношения, т.к. представляют собой отношения людей, находящихся в неравных положениях, сильно эмоционально нагруженные, требующие тесного сотрудничества, иногда невольные и часто порождающие жизненно важные последствия [8]. Важность этих отношений признавалась еще Гиппократом: «некоторые больные, чье состояние внушает опасения,

выздоровливают лишь от удовольствия общения с хорошим врачом» [7]. Начало изучению отношений между врачом и пациентом в социологии положено работами Т. Парсонса [9]. Позднее П.Бёрн и Б.Лонг [6] показали, как концентрация власти на стороне врача влияет на эффективность лечения.

Происходящее в настоящее время в нашей стране внедрение общепринятых в рыночной экономике стандартов отношений поставщиков и потребителей услуг в сферу медицинской практики влечет за собой целый спектр возможных последствий. Наиболее общим и фундаментальным из них является ослабление господствовавшей на протяжении всей истории медицины патерналистской модели отношений врача и пациента [3].

Для более подробного рассмотрения механизма данного парадигматического сдвига уместно выделить в сфере взаимоотношений врача и пациента основные определяющие факторы. На основании анализа доступной литературы [4, 5, 11] можно выделить 3 таких фактора:

1. Объем предоставляемой пациенту информации
2. Объем свободы пациента при принятии решений, связанных с диагностикой и лечением
3. Объем финансовых вложений в лечение со стороны пациента

Представленные факторы описывают особенности коммуникации со стороны пациента. Аналогичные факторы для другой стороны коммуникативного процесса – врача и системы здравоохранения в целом по отношению к приведенным являются обратно пропорциональными.

Отечественными исследователями [1, 2] выделено 4 основных модели взаимоотношений «врач-пациент», в скобках указаны названия соответствующих моделей в западной социологической традиции [10]:

1. Патерналистская (Paternalistic)
2. Контрактная (Consumerist)
3. Техницистская (Default)
4. Коллегиальная (Mutuality)

В настоящее время актуальной является задача определения характера восприятия данных моделей работниками практического здравоохранения с введением удобной формы их графической фиксации.

Был выполнен экспертный опрос 28 практикующих врачей различных специальностей с опытом работы не менее 5 лет. Респондентам было предложено ответить на вопросы о том, как они представляют реализацию предложенных в литературе моделей отношения врача и пациента на практике с указанием количественного значения 3 факторов, определяющих характер отношений «врач-пациент» в каждой предложенной модели. Во всех случаях речь не шла об ургентных состояниях и случаях недееспособности пациента.

Патерналистская модель характеризуется минимальным объемом предоставляемой пациенту информации и минимальной для него возможностью контроля над процессом принятия решений, касающихся стратегии и тактики диагностики и лечения его заболевания. Хотя этой модели нет альтернатив в ургентных случаях и в ситуациях, связанных с неспособностью пациента контролировать себя, в остальных случаях в настоящее время она подвергается все большей критике.

Критика и постепенный отход от этой модели связаны с тем, что прогрессирующая в развитых странах информатизация и атомизация общества, выливающаяся в постоянное расширение прав автономности личности и совершенствование средств защиты этих прав, входит в неизбежный конфликт с патерналистской моделью отношений в медицине. Наиболее легким путем устранения данной конфликтогенной ситуации представляется преобразование сферы медицинской коммуникации в соответствии с общественными стереотипами, связанными с взаимодействием в сфере услуг и в сфере инженерно-технической коммуникации. Этот подход явился определяющим при разработке таких моделей отношений врача и пациента, как контрактная (информационная) и техницистская (инженерная).

Контрактная модель отношений врача и пациента предполагает предоставление последнему полной информации и полной свободы выбора. Врач в данной модели является лишь наемным исполнителем, а сама модель является калькой с обычной модели отношений поставщика и потребителя в сфере коммерческих услуг. Для этой модели характерен тот недостаток, что не обладающий достаточным уровнем компетентности в области медицины пациент, даже будучи снабжен всей полнотой информации о своем состоянии, не всегда способен принять верное решение и наиболее рациональным образом использовать возможности современной медицины.

В техницистской модели фактически устраняется принимающий решения субъект. Решения принимаются в значительной степени автоматически, на основании данных обследований и обе стороны лечебного процесса следуют этим решениям. Полная реализация данной модели означала бы устранение и необходимости в коммуникации между врачом и пациентом. В чистом виде техницистская модель в медицинской практике не встречается, поэтому далее будут рассматриваться патерналистская, контрактная и коллегиальная модели.

Коллегиальная модель представляет собой попытку сохранить специфику лечебно-диагностического процесса и обеспечить требуемый рост автономии пациента в рамках медицинской коммуникации. В модели предусмотрено увеличение информированности пациента, решения принимаются после обсуждения с врачом и достижения взаимоприемлемого согласия. К недостаткам данной модели следует отнести высокую относительную стоимость ее реализации. От врача требуется не только предоставление большего объема информации, но и большие усилия для достижения взаимопонимания с пациентом, для формирования его восприятия собственного состояния в таком направлении, которое бы сделало возможным приближение отношений к уровню коллегиальных. Также можно отметить наличие неопределенности в случае отсутствия согласия между врачом и пациентом.

По результатам проведенного опроса, графически рассмотренные модели можно представить в виде пузырьковой гистограммы, где оси X и Y (%) соответствуют соответственно объему информации и объему свободы решений, предоставляемых пациенту, а размер пузырька – объему финансовых затрат пациента на лечение.

Было отмечено, что крайние значения всех факторов влекут за собой повышение рисков. Так, минимум и максимум объема информации и свободы решений, соответствующие полному контролю над лечебно-диагностическим процессом соответственно врача и пациента, имеют неизбежным следствием отсутствие контроля со стороны другого участника лечебного процесса и повышенный риск ошибочных или неточных заключений и решений. Минимум финансовых затрат со стороны пациента связан со снижением ответственности по отношению к лечению, а максимум – к его недоступности.

Таким образом, лучшим результатом изменений модели отношений врача и пациента необходимо считать такое состояние, при котором все выделенные факторы данной модели принимают близкие к средним значения. На рис. 1 представлена гистограмма, иллюстрирующая распределение трех встречающихся на практике моделей взаимоотношений врача и пациента без учета затрат пациента на лечение.

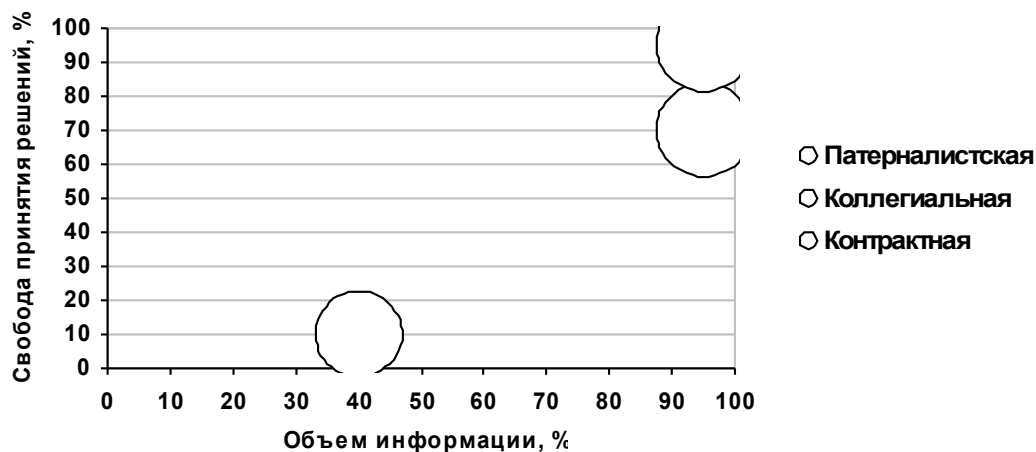


Рис.1. Распределение встречающихся на практике моделей взаимоотношений врача и пациента без учета затрат пациента на лечение.

Из представленной гистограммы можно видеть, что наиболее сбалансированной из представленных моделей является коллегиальная. Именно в рамках этой модели обеспечивается возможность адекватного контроля обеих сторон над лечебно-диагностическим процессом.

С введением индикации затрат пациентов на лечение для нашей страны представленная выше картина будет выглядеть следующим образом (рис. 2).

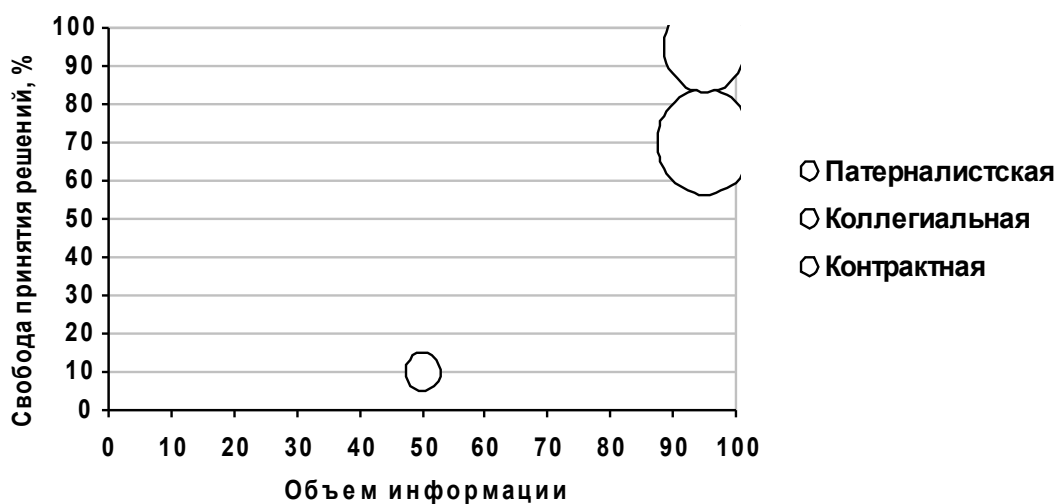


Рис.2. Распределение встречающихся на практике моделей взаимоотношений врача и пациента.

Приведенная выше гистограмма отражает распределение основных факторов, определяющих особенности отношений в системе «врач-пациент». Из этого рисунка можно сделать вывод о существенной асимметричности распределения предлагаемых на сегодняшний день моделей таких отношений. Причиной этой асимметрии служит то, что на практике коллегиальная и контрактная модели коммуникации довольно мало отличаются, т.к. в современных условиях при расхождении во мнениях

между пациентом и врачом последний склонен отдавать инициативу пациенту и сводить отношения к контрактной модели.

Графический метод визуализации позволяет определить оптимальный баланс в системе «врач-пациент» как среднюю точку между такими экстремальными моделями, как патерналистская и контрактная. Положение такой точки показано на рис. 3 пунктирной линией.

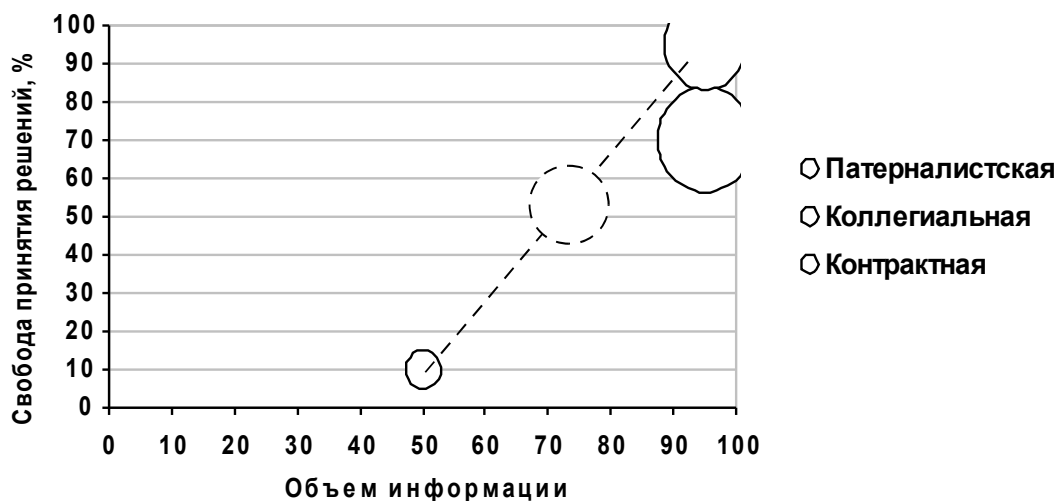


Рис. 3. Возможное положение сбалансированной модели отношений врача и пациента.

Из представленной гистограммы можно видеть, что предполагаемая сбалансированная модель отношений врача и пациента обеспечивает примат интересов последнего как в сфере свободы получения информации, так и в свободе принятия решений, чем существенно отличается от патерналистской модели. В отличие от контрактной модели она обеспечивает бóльшие возможности для врача, главным образом, при принятии решений. Из существующих моделей к сбалансированной наиболее близка коллегиальная модель. Для приближения к сбалансированности, коллегиальную модель, по мнению экспертов, следует дополнить элементами техницистской модели, что подразумевает опору на результаты функциональных исследований в тех случаях, когда с пациентом не удастся прийти к общему мнению.

Немаловажным, по мнению экспертов, является также снижение фактической стоимости лечения для пациента до некоего сбалансированного значения, т.к. в современных социально-экономических условиях поведенческие стратегии, соответствующие коллегиальной модели предлагают, главным образом, частные платные клиники, недоступные для многих пациентов.

Таким образом, переход к описываемой сбалансированной модели отношений врача и пациента соответствует подходу, сформулированному в Конвенции Совета Европы «О правах человека и биомедицине» (1996): «Интересы и благо отдельного человека должны превалировать над интересами общества и науки» (ст. 2), а также Основ_Законодательства РФ об охране здоровья граждан: «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения» (ст. 31).

Показана возможность графического представления основных особенностей моделей коммуникации в системе «врач-пациент». Такое графическое представление применимо как для практики опросов участников лечебно-диагностического процесса, так и для наглядного сопоставления полученных результатов. По результатам экспертного опроса определены основные особенности сбалансированной модели отношений врачей и пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса. Предлагаемая сбалансированная модель отличается от коллегиальной внесением большего детерминизма в поведенческую стратегию врача. Это способно, по мнению представителей медицинского сообщества, снизить стоимость реализации подобной модели, тем самым, обеспечив для большего числа пациентов доступ к качественной медицинской информации, что является важнейшим условием повышения общего уровня оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров В.И., Седова Н.Н. Практическая биоэтика. М., «Триумф», 2002
2. Решетников А. В. Социология медицины: руководство. –М., 2002.
3. Седова Н.Н. Социология патернализма и российская медицина // Социология медицины – реформе здравоохранения. Волгоград, Изд-во ВолГМУ, 2004
4. Седова Н.Н. Биоэтика как прикладная философия // Биоэтика. -2010. -№ 1.
5. Bishop F., Yardley L. Constructing agency in treatment decisions: Negotiating responsibility in cancer. // Health: an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine. -2004. -N.8, -p. 465–482.
6. Byrne P., Long B. Doctors talking to Patients. -1976. -London: HMSO. Connecticut Auburn House.
7. Heritage J., Maynard D. Problems and prospects in the study of physician-patient interaction: 30 years of research // Annual Review of Sociology. -2006. –N. 32. –p. 351–374.
8. Ong L., et al. Doctor-patient communication – A review of the literature. //Social Science & Medicine -1995. –N.40. –p. 903–918.
9. Parsons, T. The Social System. -1951. Glencoe: Free Press.
10. Roter D., Hall J. Doctors talking with Patients/Patients talking with Doctors. -1992. -Westport:
11. Thompson A. The meaning of patient involvement and participation in health care: A taxonomy. // Collins S., Britten, N., Ruusuvuori, J., Thompson, A. (eds) Patient Participation in Health Care Consultations (1st Edition). -Maidenhead, UK: Open University Press, 2007.