

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧ – ПАЦИЕНТ В СИСТЕМЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.Г.Пацеева

Белорусский государственный университет информатики и радиоэлектроники,
г. Минск, Республика Беларусь

Статья посвящена основным проблемам взаимодействия врачей и пациентов в рамках социологического подхода. На основании результатов конкретного исследования освещены представления об идеалах деятельности врачей и взаимодействия врачей и пациентов, поддерживаемые теми и другими. Проанализированы мнения и оценки врачей и пациентов относительно практики данного взаимодействия.

Врачебная деятельность относится к сложным видам труда, требующим от профессионала разносторонней образованности, непрерывности процесса самообразования, выполнения различных структурированных видов деятельности, операций и манипуляций, предъявляющих к врачу определенные требования.

Врачевание, как специфический вид деятельности, еще со времен предшествовавшего ему шаманизма было окутано атмосферой таинственности. Пациентам зачастую непонятен смысл врачебных технологий, в которые они вовлекаются, а попытка самостоятельно, без медицинского образования, проникнуть в их суть чревата нарастанием недопонимания. С другой стороны, адекватный контроль функционирования системы здравоохранения может быть реализован лишь самими врачами в качестве одного из элементов профессиональной деятельности. Эти и многие другие факторы обуславливают необходимость существования некоторого социального феномена, обеспечивающего существование в различной степени согласованных представлений о принципах сотрудничества профессионального врачебного сообщества и социальной системы в целом.

Наиболее часто в роли этого собирательного образа предстает понимание профессионализма. Согласованность представлений о профессионализме врачей и пациентов обуславливает адекватное их взаимодействие. Внутри профессиональной культуры представления об эталоне профессионала направляют ее развитие. Для профессий, имеющих длительную историю становления, отдельные фрагменты представлений о профессионализме видоизменяются в зависимости от социокультурной ситуации, в которой они формируются.

Конечная цель, достижению которой и способствует медицинский профессионализм, – это

доверие пациента к врачу и системе здравоохранения в целом. «Гарантированное доверие есть наиболее важная цель медицинского профессионализма. Доверие – как и профессионализм – оперирует на двух уровнях: доктора, обеспечивающего заботу о пациенте (индивидуальный профессионализм); системы, где эта забота предоставляется (институциональный профессионализм)» [1].

Профессионализм врачей, как и профессионализм представителей других профессий, может быть изучен с точки зрения различных дисциплин. При этом именно в сфере врачебного профессионализма наблюдается интересная ситуация, возникшая благодаря существованию специальных областей знания – деонтологии, медицинской этики и биоэтики. Поскольку в рамках этих дисциплин наработан достаточно большой объем знаний, подходов к анализу профессиональной деятельности врача, создается впечатление, что феномен последней глубоко изучен. Например, учебное пособие видит профессионализм следующим образом: «высокий профессионализм, включающий профессиональную компетентность и профессиональное поведение (соблюдение этических норм, исполнение профессиональных обязанностей в соответствии с принятыми медицинскими стандартами, научно обоснованными подходами и сложившейся практикой), а также способность (готовность) лечебного учреждения оказывать медицинскую помощь тех видов, которые предусмотрены лицензией, – залог нравственного удовлетворения преданного своей профессии врача» (подчеркнуто автором) [2, с. 155], в то время как содержание принятых медицинских стандартов и т.п. остается за пределами внимания исследователей.

Непосредственно изучение того, какие же стандарты, относящиеся к профессиональной

деятельности врачей и взаимодействию врачей и пациентов, приняты и теми и другими, явилось одной из основных целей представляемого исследования. Специфика нашего изучения заключается в социологическом (но не деонтологическом) подходе. Параллельно в рамках исследования оценивались установки на реальные социальные технологии профессиональной деятельности врачей, мнения и оценки относительно реального взаимодействия врачей и пациентов.

В данной работе представлены результаты исследования профессиональной культуры врачей, осуществленного в Минске весной 2012 г. В ходе исследования были опрошены 456 врачей города, что позволяет судить о реальных представлениях врачей-минчан с точностью $\pm 4\%$. В выборке представлены основные типы лечебных учреждений города (клиники, диспансеры, поликлиники) пропорционально реальному соотношению работающих там врачей. В рамках исследования также были опрошены 575 пациентов лечебно-профилактических учреждений г. Минска. Автор выражает глубокую признательность всем врачам, которые приняли участие в опросе.

В первую очередь, обратимся к основному документу, регламентирующему взаимодействие врачей и пациентов, – Клятве врача. И врачей, и пациентов попросили об одном и том же: «Укажите, с каким выражением вы более всего связываете клятву врача Республики Беларусь (клятву Гиппократата)». Список возможных ассоциаций был сформирован на основе предварительных качественных исследований и включил в себя следующие положения: «не навредить», «не убивать», «не разглашать врачебную тайну», «помогать всем, независимо от положения и оплаты помощи». Абсолютным лидером ответов врачей стал ответ «не навреди» (65,1% ответов), в то же время большинство пациентов связывают Клятву врача (клятву Гиппократата) с принципом «помогать всем, независимо от положения и оплаты помощи» (52,3% ответов). Принцип клятвы, связанный с помощью, занял для врачей вторую позицию – с ним согласились 27,0% опрошенных, соответственно принцип «не навреди» стал вторым для пациентов, с ним согласились 36,3% опрошенных. Количество согласившихся с другими предложенными вариантами не превышает пяти процентов участвовавших в опросе и в одной, и в другой выборке. Конечно, в целом, представления врачей и пациентов сошлись на одной и той же паре положений Клятвы, но нельзя от-

рицать, что наблюдается и явное разночтение. Пациенты в большинстве ожидают медицинской помощи, в то время как врачи гораздо больше акцентированы на безопасности профессиональной деятельности.

На современном этапе развития «договорной» практики между обществом и врачами наблюдаются резкие, практически инновационные изменения. Права пациента на участие в выборе лечения, активную позицию в ходе лечения не были значимой частью профессиональной деятельности врача еще в начале XX века. Сейчас же постепенно меняется сам принцип, на котором основан «договор» между врачом и пациентом, – от патерналистской модели к модели сотрудничества [3].

И врачам, и пациентам в рамках исследования предложили выбрать оптимальный, по их мнению, вариант взаимодействия врач – пациент. Варианты составили своеобразную четырехступенчатую шкалу описания взаимодействия – от резко выраженной патерналистской модели до выраженной демократичной модели сотрудничества. Более половины пациентов наиболее оптимальным выбором посчитали выраженную модель сотрудничества: «врач освещает пациенту ситуацию его заболевания и разрабатывает совместно с пациентом доступную (организационно, финансово) стратегию лечения» (53,2% опрошенных). И лишь 30,4% выбрали резко и умеренно выраженные патерналистские модели. При анализе ответов представителей различных возрастных групп обнаруживается отличие доли молодых опрошиваемых в возрасте от 18 до 35 лет, выбравших патерналистскую модель, – 23,7%. Доли выбравших ее же опрошиваемых старшего поколения одинаковы как в трудоспособном возрасте (35,1%), так и в пенсионном (34,1%).

Врачи принимают вызов. Треть опрошенных врачей (32,3%) выбрали резко и умеренно выраженные патерналистские модели. Резко выраженную модель сотрудничества в качестве оптимальной указали 35,7% опрошенных врачей. Очевидна определенная согласованность ожиданий, которая также дает основания прогнозировать развитие принципов взаимодействия врач – пациент в рамках инновационных моделей сотрудничества. Тем не менее, пациенты гораздо чаще декларируют направленность на модель сотрудничества.

Декларирование стремления к сотрудничеству не является достаточным основанием утверждать, что сотрудничество действительно присут-

ствуется. Так, пациентам предложили выбрать два варианта наиболее эффективных, по их мнению, способов решения конфликтных ситуаций с врачом. Самым приемлемым путем оказалась «попытка самостоятельно разрешить конфликт и урегулировать отношения» (52,9% ответов); следующее по частоте мнение – «разрешать конфликт нет смысла, необходимо обратиться к другому врачу, или в другое учреждение здравоохранения» (38,6% ответов). Настораживает при этом количество выборов вариантов решения конфликтов, основанных на принципах «подать жалобу», то есть «обращение к руководству учреждения здравоохранения» (31,1% ответов), «обращение в Минздрав, Комитет по здравоохранению и другие органы управления» (9,9% ответов). Обращение в суд, как эффективный путь решения конфликтной ситуации, имеет частоту выбора лишь 1,2% общего числа ответов на этот вопрос, что лежит в пределах ошибки выборки (отметим, что у респондентов было право выбора более одного ответа).

Тенденция решать проблемы через руководство, а не через суд, формирует неблагоприятный фон для урегулирования конфликтов в целом. С одной стороны, пациент не несет никакой ответственности в случае обращений с заведомо ложной информацией или информацией пассивного характера. С другой стороны, в таком способе урегулирования отсутствует «третья сторона», способная оказаться непредвзятой в вынесении решения. С точки зрения самих врачей, «третьей стороной» могут выступать профессиональные ассоциации, в равной мере заинтересованные и в поддержании репутации профессионального сообщества врачей, и в защите их интересов. Так, оценивая действия коллег при обнаружении возможной врачебной ошибки, один из наиболее частых ответов – «обсудить в кругу коллег своего отделения, а в серьезной ситуации обратиться в профессиональные ассоциации для принятия решения». С таким способом решения проблемы согласились 35,3% опрошенных.

Наращение количества конфликтных ситуаций можно прогнозировать не только на изучении социально-психологических основ поведения пациента, но и исходя из различных социальных установок трактовки врачебной ошибки врачами и пациентами.

По поводу врачебных ошибок, на вопрос, «какое из следующих утверждений наиболее близко Вашему мнению?», получены следующие ответы:

ошибки – это следствие только отсутствия знаний и умений: врачи – 4,6%; пациенты – 20,3%;

если человек работает профессионально, ошибок не будет: врачи – 6,6%; пациенты – 38,1%;

в работе врача всегда может быть ошибка как добросовестное заблуждение: врачи – 79,4%; пациенты – 33,7%;

другое: врачи – 7,9%; пациенты – 6,4%;

не ответили: врачи – 1,5%; пациенты – 1,4%.

Очевидно, что налицо серьезные расхождения мнений пациентов и профессионалов от медицины. И вопрос сейчас не о том, допустимы ли ошибки в работе врача, а в том, что пациенты склонны видеть в работе врачей сначала отсутствие знаний, умений, профессионализма, а уж потом стечение обстоятельств и объективную реальность.

Обратимся к социально-психологическим аспектам взаимодействия врачей и пациентов. Пациентам предложили оценить, насколько часто им приходилось сталкиваться с «"безграмотностью", низким уровнем квалификации», «грубостью, хамством», «невнимательностью и безразличием», по трехбалльной шкале. Наибольшим числом ответов «часто» была отмечена характеристика «невнимательность и безразличие» – 41,4% опрошенных. Наибольшим числом ответов «редко» была отмечена характеристика «"безграмотность", низкий уровень квалификации» – 53,2% опрошенных. Другими словами, профессиональному сообществу врачей удастся сохранить тенденцию оставаться в глазах пациентов квалифицированными специалистами, осуществляющими профессиональную деятельность в рамках этических норм. Что же касается ощущаемого пациентами безразличия, то здесь можно сослаться на столь длинный ряд аргументов – от укомплектованности ЛПУ города врачами до общих принципов реализации лечебной деятельности, что анализ их может стать темой отдельной исследования.

Врачи оценивают взаимодействие с пациентами в тех же терминах. Практически половина врачей сталкиваются с грубостью и хамством часто – 49,6% врачей указали на это. Примечательно, что наиболее высока доля таких ответов среди ответов руководителей (группу руководителей составили заведующие отделениями, представители администрации ЛПУ, управленцы уровня «выше руководителя лечебного учреждения» в исследовании не участвовали) – 58,7%. Это еще одно из следствий означенной выше склонности пациентов решать конфликты с врачами через руковод-

ство. А вот проявление уважения к врачам пациенты высказывают редко, так ответили 54,4% опрошенных врачей.

При этом, по мнению врачей, пациенты не склонны демонстрировать ни высокую степень исполнения рекомендаций врачей (ответ «редко» выбрали 62,9% опрошенных); ни осознание собственной ответственности за свое здоровье (ответ «редко» выбрали 53,7% опрошенных). Наличие или отсутствие этих установок в самосохранительном поведении пациентов – задача из сферы социологии медицины. При анализе профессиональной культуры врачей важно то, что такими пациентов видят врачи, и это во многом обуславливает социальные технологии профессиональной деятельности последних.

«Социальный договор» между врачами и социальной системой не ограничивается взаимодействием в сфере осуществления врачебной деятельности. Общество отдает должное профессионалам в форме уважения их труда и его оплаты. При исследовании профессиональной культуры целью становится не объективное определение ситуации, а субъективные мнения относительно ее.

На вопрос: «с Вашей точки зрения, насколько уважаемой является профессия врача в Беларуси?», ответы распределились следующим образом:

не ответили: врачи – 1,1%; пациенты – 1,7%;
очень уважаемая: врачи – 0,9%; пациенты – 12,5%;

достаточно уважаемая: врачи – 14,0%; пациенты – 48,0%;

равная среди равных: врачи – 21,3%; пациенты – 27,1%;

малоуважаемая: врачи – 46,3%; пациенты – 8,9%;

не пользуется уважением: врачи – 16,4%; пациенты – 1,7%.

Различные подходы к оценке престижа профессии врача очевидны. Также налицо яркий дисбаланс: пользователи лечебных услуг в Минске считают профессию врача уважаемой, в то время как большинство врачей склонны оценивать ее как «малоуважаемую».

Сходная ситуация наблюдается при оценке заработной платы при ответе на вопрос: «Дайте, пожалуйста, общую оценку зарплаты врачей в Беларуси»:

не ответили: врачи – 1,5%; пациенты – 4,9%;
высокие: врачи – 0,0%; пациенты – 4,5%;

выше среднего: врачи – 0,2%; пациенты – 15,3%;

средние: врачи – 15,6%; пациенты – 38,6%;
ниже среднего: врачи – 36,4%; пациенты – 21,4%;

низкие: врачи – 46,3%; пациенты – 15,3%.

Необходимо подчеркнуть, что в данном случае не измерялось объективное соотношение уровня заработной платы, а исключительно мнения об этом соотношении, поддерживаемые врачами и пациентами.

Общекультурный контекст осмысления значения профессии врача в обществе предполагает, что высокий профессионализм врачей со стороны общества встретит почет и высокую оценку, что, в целом, поддерживается пациентами, участвовавшими в исследовании. Очевидно, что во врачебном сообществе г. Минска присутствует обратное мнение. Исследовать причины такого разночтения оценок – задача отдельного узконаправленного исследования.

Разночтения в оценке оплаты труда врачей заставляют предполагать и разночтения в объяснительных схемах неинституциональных явлений, присутствующих в сфере здравоохранения. По мнению 41,4% ответивших врачей, материальная благодарность врачам имеет место в учреждениях здравоохранения, среди пациентов такое мнение выразили 68,0% ответивших. Можно предположить, что врачи видят в этом компенсацию недостаточной, по их мнению, оплаты профессионального труда со стороны общества.

Изучение того, как реализуется функция «социального договора» между врачами города и пациентами, позволяет заключить, что требования, выставляемые сторонами друг другу, во многом не совпадают, ожидания не реализуются. Недопонимание возникает как на уровне оперирования идеальными понятиями – при трактовке Клятвы врача, так и выражается в кардинально полярных оценках характеристик взаимодействия врачей и пациентов. Врачи понимают ситуацию как передачу пациентами ответственности за свое здоровье системе здравоохранения, утверждают недостаточный уровень уважения, демонстрируемого по отношению к их профессии. Пациенты считают, что в достаточной степени отдадут должное значимости профессии врачей, но не получают ожидаемого внимания. При этом и врачи, и пациенты проявляют согласованность мнений относительно перспектив развития основных принципов взаимодействия врач – пациент.

ЛИТЕРАТУРА

1. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. – London: RCP, 2005. – 51 p.
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студ. / Ред.: В.А.Миняев, Н.И.Вишняков. – М.: МЕДпресс-информ, 2003.–528 с.
3. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine // Annals of Internal Medicine. – 2002. – Vol.136, No.5. – P.243–246.

PHYSICIAN – PATIENT INTERPLAY IN THE NATIONAL HEALTH CARE SYSTEM

A.G.Paceeva

Belarusian State University of Informatics and Radioelectronics, Minsk, Republic of Belarus

This article explored the main problems of the doctor-patient interplay within the framework of the social approach. Based on the results of the practical research, some patterns on an ideal of a doctor's work and doctor-patient interplay, supported by both parties, were revealed. Doctors' and patients' opinions and estimates regarding the actual interplay were analyzed.

Поступила 30.08.2013 г.

Подписка по каталогу РУП «Белпочта» производится во всех отделениях связи и пунктах подписки Беларуси

Не забудьте подписаться!

Бюллетень

«Вопросы организации и информатизации здравоохранения»

— наиболее полное специализированное периодическое информационное аналитическое и реферативное издание в республике, предназначенное **для руководителей здравоохранения всех уровней**. В бюллетене публикуются обзоры и статьи по проблемам общественного здоровья и здравоохранения, информатизации здравоохранения, статистические данные о медико-демографической ситуации в республике и за рубежом, а также директивная и нормативная информация.

Подписные индексы: 74855 — для индивидуальных подписчиков
748552 — ведомственная подписка

Периодичность выпуска — 1 раз в квартал
Издательская цена 1-го номера бюллетеня в I полугодии 2014 г. (без НДС):
для индивидуальных подписчиков — 40000 руб.,
ведомственная подписка — 70000 руб.

ВЫХОДНЫЕ ДАННЫЕ

«Вопросы организации и информатизации здравоохранения» – рецензируемый аналитико-информационный бюллетень. Издается с 1995 г., выходит 4 раза в год.

Зарегистрирован Министерством информации Республики Беларусь (свидетельство о государственной регистрации средства массовой информации № 383 от 15 мая 2009 г.).

Учредитель: государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения» (РНПЦ МТ).

Адрес редакции: 220600, г. Минск, ГСП, ул. П. Бровки, 7а.

Главный редактор: Сачек Марина Михайловна.

Ответственный секретарь: Н.Е. Хейфец.

Редактор: Н.В. Новаш.

Компьютерная верстка: Н.Ф. Гелжец.

Подписано в печать 30.12.2013 г. Формат бумаги 60x84 1/8.

Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Печать офсетная. Уч.-изд. л. 14,5. Тираж 650 экз. Зак. №

Распространяется по подписке. Подписные индексы по каталогу РУП почтовой связи «Белпочта»:

74855 (для индивидуальных подписчиков); 748552 (для предприятий и организаций).

Отпечатано в типографии Государственного предприятия «СтройМедиаПроект». 220123, Минск, ул. В.Хоружей, 13/61.

Лицензия №02330/0494102 от 11.03.2009 г. Тел. (017) 288-60-88.