

УДК 614.253

## МОДЕЛИ КОММУНИКАЦИЙ В СИСТЕМЕ «МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК – ПАЦИЕНТ»: ПРОБЛЕМА ОПТИМАЛЬНОГО ВЫБОРА

Д.В.Чередниченко

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии,  
ул. Семашко, 8, 220045, г. Минск, Республика Беларусь

*Описаны различные формы взаимоотношений в системе «врач – пациент», осуществлен их анализ с точки зрения практичности использования в современном здравоохранении. Обосновывается вывод о том, что эффективная коммуникация способствует повышению качества оказания медицинской помощи и значительно снижает вероятность конфликтов между основными участниками современного лечебно-диагностического процесса.*

*Ключевые слова: этика и право в медицине; модели коммуникаций «врач – пациент»; информирование пациента; согласие пациента на медицинское вмешательство; пациентоориентированность; конфликт.*

**Введение.** Полнота реализации прав граждан в сфере охраны здоровья и оказания медицинской помощи напрямую зависит от выбора модели взаимоотношений в системе «медицинский работник – пациент»<sup>1</sup>. В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются по-разному.

Однако, на протяжении всей истории основой отношений между врачом и больным остается доверие. Так, известный хирург, профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий в работе «Дух, душа и тело», которую он начал в 1920-х гг., будучи только врачом, доктором медицинских наук, а закончил в 1947 г., став уже архиепископом Крымским и Симферопольским Лукой, раскрывает необходимость патерналистских отношений между врачом и пациентом, в основе которых должен лежать принцип доверия.

Профессор В.Ф.Войно-Ясенецкий утверждал, что «доверие или недоверие врачу глубоко определяет исход болезни». Он разделял принцип врачебного сообщества, окончательно сформировавшегося к XI веку, согласно которому успешность лечения во многом определяется верой пациента во врача: «Тот, кто больше верит, излечивается лучше». Свою позицию В.Ф.Войно-Ясенецкий основывал на учении о центральной нервной системе. Он писал: «Физиологи вполне выяснили зависимость психических актов и состояний от нормальных процессов или патологических функций

нервной системы вообще». Причем «центральная нервная система главенствует над всеми соматическими процессами, определяет и направляет работу всех органов, их рост и трофическое состояние, могущественно воздействует на течение физиологических процессов. Поэтому мы вправе считать все воздействия центральной нервной системы на органы и ткани психическими воздействиями». И самая главная мысль: «...если несомненно, что соматические процессы в значительной степени определяют течение психических процессов, то столь же несомненно, что необходимо признать и психическое воздействие на все соматические процессы в организме». В.Ф.Войно-Ясенецкий делает вывод, что только доверительные, «отеческие» взаимоотношения между врачом и пациентом являются единственно правильными и способными благоприятно влиять на исход лечения. Позднее многие отечественные и зарубежные авторы отмечали, что эффективное взаимодействие в системе «врач – пациент» оказывает решающее влияние на результаты лечения [1–4].

**Цель** настоящей статьи – обозначить важность выбора модели эффективной коммуникации в системе «врач – пациент» для использования в практическом здравоохранении с целью улучшения качества оказания медицинской помощи.

В 1972 г. Роберт Витч (R.M. Veatch) выделил 4 модели морально-этических взаимоотношений между врачом и пациентом. Модель «техническо-

<sup>1</sup> В работе используются равнозначные устоявшиеся словосочетания «медицинский работник – пациент», «врач – пациент».

го типа» строится на образе врача-ученого, относящегося к больному бесстрастно и безоценочно; при этом врач, опираясь на факты, избегает ценностных суждений и, в частности, предоставляет все факты пациенту, оставляя за последним право на принятие решения. В модели «сакрального типа» моральный авторитет врача оказывает такое влияние на пациента, что подавляет его свободу и достоинство. Модель «коллегиального типа» предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – ликвидации болезни и защите здоровья пациента. В модели «контрактного типа» усматриваются действия на основе взаимных обязательств и ожидаемой взаимной выгоды, а предпосылкой (в идеале) служит доверие [2; 5].

Российский исследователь П.Д.Тищенко (1998), в целом придерживаясь представлений Р.Вича, отмечает, что рассмотренные им модели взаимоотношений между врачом и пациентом можно классифицировать и по иным основаниям, в частности, по тому, каким – монологичным или диалогичным – представляется в них взаимодействие между врачом и пациентом. Монологичной моделью П.Д.Тищенко считает такую, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог знающего специалиста с «невежественным слушателем». Диалогичной автор считает модель, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему с разных сторон и как бы дополняющих познания друг друга для более точного отображения истинного положения дел [3]. Следует согласиться с утверждением П.Д.Тищенко, что каждая из рассмотренных моделей представляет собой идеальные типы, так как в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде. Выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи, квалификацией врача и т.д.

По мнению С.Г.Стеценко [6], существуют следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

- патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента).

Другой российский ученый Н.Н.Седова рассматривает три варианта коммуникации в системе «врач – пациент», делая акцент на философском аспекте проблемы [7]. Первый – когда действия врача основаны, прежде всего, на его знаниях. Пациент рассматривается не как индивидуальность, а как «представитель болезни». При втором варианте ведущими компонентами в деятельности врача являются оценки. В данном случае, если знания пришли в противоречие с оценками, предпочтение отдается последним. Оценить состояние больного по известной шкале клинической тяжести, его личность и его способность к борьбе с болезнью, сравнить с другими пациентами, сопоставить с желаемым – таковы основные этапы оценочной деятельности врача. Третий вариант – когда между врачом и пациентом устанавливаются отношения диалогизма «Я – Ты». Тогда процесс лечения превращается в процесс переживания друг за друга, изменяется личность и пациента, и врача. Жалобы больного вызывают персональную эмоциональную реакцию врача, он как бы принимает на себя страдания больного, а избавление от них становится его личной проблемой. Пациент при этом как бы проникается внутренними силами врача, не просто зная, что тот ему поможет, а чувствуя каждое мгновение этого процесса. Н.Н.Седова подчеркивает скрытую опасность диалогизма в медицине, поскольку процесс переживания за больного может привести к тому, что человек окончательно вытеснит врача, а эмоции заменят врачебные манипуляции. Недаром больше всего осложнений и неприятностей бывает тогда, когда врач лечит близких ему людей. Он не может абстрагироваться от эмоционального переживания, которое лишает его хладнокровия и логики. Правильное решение в данной ситуации гарантируется высоким профессионализмом [7].

Американские специалисты в области медицинского права E.J.Esmanuel и L.L.Esmanuel выделяют следующие модели взаимоотношений врача и пациента [8]:

информационная модель («научная», «инженерная», «потребительская»). Врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала. Он собирает, предоставляет и разъясняет всю информацию о болезни самому больному. Все это он делает без эмоций и сочувствия. Он обязан быть бесстрастным. При этом, пациент имеет право на всю информацию и самостоятельно выбирает вид медицинской помощи, полностью контролируя проводимое лечение. Пациент может быть необъективным, поэтому задача врача – разъяс-

нить и подвести больного к выбору правильного лечения;

интерпретационная модель. Врач – консультант и советчик. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Причем, как и в информационной модели, врач обязан как можно полнее информировать больного и разъяснить состояние его здоровья, пользу и риск лечения. При этом, врач не должен осуждать требования больного, какими бы неправомерными они не казались с медицинской точки зрения. От врача требуется терпеливая работа с больным, направленная на его убеждение;

совещательная модель. Врач – друг или учитель. Все решается на основе доверия, диалога и взаимного согласия;

патерналистская модель («родительская» или «отцовская»). Врач обследует больного, устанавливает диагноз, выбирает лечение и знакомит больного, причем так, чтобы получить его согласие на лечение. При необходимости врач настойчиво рекомендует выбранное им лечение, особенно при оказании неотложной медицинской помощи.

Российский специалист в области психологии Б.Д.Карвасарский отмечает, что взаимоотношения врача и пациента в каждом конкретном случае складываются индивидуально, в зависимости от особенностей состояния и личности пациента, его заболевания, индивидуально-психологических особенностей врача. Отмечается также, что на формирование коммуникаций влияют половые и возрастные различия, уровень образования, социальный статус. При этом, выделяются следующие три модели взаимоотношений [9]:

руководство. Основной, базовой моделью отношений «врач – больной» остается руководство – властная, авторитарная модель с жесткой структурой при ведущей роли врача. Врач доминирует в этих взаимоотношениях, занимая активную лидерскую позицию, определяет стратегию и тактику лечения, все решения по ключевым вопросам лечебно-диагностического процесса принимает он сам и берет на себя всю полноту ответственности (юридической, моральной, психологической). Больной в этом случае остается пассивным, малоактивным объектом терапии. Модель руководства наиболее характерна для клиники внутренних болезней, хирургии, гинекологии, стоматологии, травматологии;

партнерство. Партнерская модель взаимоотношений «врач – больной» более демократична. Как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза, она предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом,

допускается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. В основе взаимоотношений лежит эмпатический подход к пациенту. Сопереживание определяет большую степень психологической близости, чем при модели руководства. Подобная модель коммуникации широко используется в психотерапии;

контрактная модель. В условиях платной медицины сложилась контрактная (договорная) модель взаимоотношений «врач – пациент». Она позволяет структурировать и контролировать лечебный процесс обоим его участникам. В рамках контрактной модели врач и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимания болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения. Врач, с учетом потребностей и возможностей больного, а также задач терапии, прогнозирует с определенной долей вероятности выраженность эмпатической коммуникации, а также меру ответственности самого пациента за ход и результаты лечения. Юридическую ответственность за результаты лечения в любом случае несет врач, но психологическая ответственность в определенной степени лежит на больном. Оплачивая медицинские услуги, пациент получает право выбирать врача. Он полагает, что, заключая контракт, располагает гарантиями на квалифицированную помощь и ее доступность, правом на прерывание курса лечения и смену врача. Контрактная модель характерна для эстетической и пластической хирургии, косметологии [9].

Анализ приведенных подходов разных исследователей свидетельствует, что при имеющихся различиях в акцентировании тех или иных аспектов взаимоотношений в системе «врач – пациент», обусловленных, в частности, интерпретацией информационного потенциала пациента и вытекающей отсюда его активности в лечебном процессе, большинство авторов выделяет 4 основные модели коммуникаций (техническая или информационная, контрактная, коллегиальная, патерналистская или сакральная).

При этом, необходимо отметить разночтения в приоритетах общего направления развития взаимоотношений в системе «врач – пациент» в последние годы. Так, согласно Л.Г.Дукову и П.М.Варнакову, технической (информационной) модели отдается все больший приоритет, исходя из того, что до 70-х гг. прошлого столетия главенствующей была роль врача, а в последнее время все большее значение имеет мнение пациента;

обязанности же врача стали сводиться к снабжению больного необходимой информацией и ее разъяснению с тем, чтобы пациент получил возможность самостоятельного выбора. Если в США патерналистская модель используется редко, то, например, в России она наиболее распространена, что во многих случаях представляет собой нарушение прав пациента и его личностной автономии [10]. В Республике Беларусь специальные исследования по данной проблеме не проводились. Учитывая опыт российских коллег, можно предположить, что характер коммуникативных связей в системе «врач – пациент» складывается аналогичным образом.

При оказании медицинской помощи врач постоянно сталкивается с проблемой выбора той или иной модели коммуникации. Однозначной рекомендации по поводу этого непростого выбора быть не может. Определяющими факторами, в первую очередь, должны стать личностные характеристики пациента и срочность оказания медицинской помощи. Необходимо также учитывать реальную возможность ограничения личностной автономии самим пациентом, не желающим или не способным принимать активного участия в обсуждении с врачом предполагаемого плана лечебно-диагностических мероприятий. Невозможно представить контакт хирурга с пациентом, построенный на основе «технической» или «контрактной» модели (по Р.Витчу) при оказании экстренной медицинской помощи. Неотложные, угрожающие жизни состояния характеризуются изменением психологических свойств личности больного. Пациент напуган, часто обесилён физическими и моральными страданиями. Он ждет от врача искреннего участия, а не сухого изложения информации, стороннего наблюдения и эмоционального отстранения.

В данной ситуации, на наш взгляд, приемлема модель «ослабленного патернализма», предложенная Т.В.Мишаткиной [2]. Эта модель допускает частичное ограничение автономии личности, направленное на ее благо. Предварительная информация пациенту должна быть предоставлена в минимальном, но достаточном для понимания объеме, с учетом тяжести состояния больного, способности к восприятию и адекватной оценке полученных сведений. Пациент должен четко представлять, что риск отказа от медицинского вмешательства значительно превышает таковой при выполнении самого вмешательства. После устранения угрозы жизни информация пациенту предоставляется в полном объеме с учетом его личностных характеристик.

При оказании плановой медицинской помощи модель «коллегиального» типа будет считаться наиболее приемлемой. Врач и пациент должны обсудить предполагаемый объем лечебно-диагностических мероприятий. Задачей врача является помощь больному в принятии правильного решения на основании полученной им информации. Уверенность врача в истинной необходимости вмешательства, а не желание выполнить его «любой ценой», убедит и пациента принять мнение доктора.

Оказание медицинской помощи на платной основе, эстетические и пластические оперативные вмешательства должны осуществляться в условиях «контрактной», «договорной» модели коммуникаций. Это позволит усилить этико-правовые позиции обеих сторон, поможет избежать необоснованных претензий со стороны пациента, не удовлетворенного полученным результатом. Информация, предоставляемая пациенту, должна быть максимальной, «полнее полной».

**Заключение.** Рассмотренные выше этико-правовые аспекты оказания медицинской помощи имеют важнейшее практическое значение. На наш взгляд, именно нарушение норм этики и деонтологии в отношении пациента и (или) его законных представителей, ущемление их законных прав и интересов, является причиной возникновения серьезных конфликтов между непосредственными участниками лечебно-диагностического процесса. Ошибки диагностики, тактики лечения, различного рода ятрогении усугубляют конфликт, приводят к серьезным негативным последствиям как для медицинских работников, так и пациентов, их родственников и (или) законных представителей.

С другой стороны, хорошо налаженное взаимопонимание между пациентом и врачом благоприятно отражается на результатах лечения, восстановления и, в целом, на имидже медицинского работника и организации здравоохранения.

Темой наших дальнейших сообщений будут современные подходы к «пациентоориентированной» модели взаимоотношений, которая все более уверенно внедряется в практику здравоохранения и требует командной, нередко мультидисциплинарной работы с активным вовлечением в нее самого пациента.

#### Литература

1. Биомедицинская этика: проблемы и перспективы: материалы междунар. конф. / под общ. ред. Т.В.Мишаткиной, С.Д.Денисова, Я.С.Яскевич. – Минск: МГМИ, 2000. – 181 с.
2. Биомедицинская этика: учеб. пособие / под ред. Т.В.Мишаткиной, С.Д.Денисова, Я.С.Яскевич. – Минск: БГЭУ, 2003. – 320 с.

3. Тищенко, П.Д. Врач и пациент: типы и формы взаимоотношений: учеб. пособие / П.Д.Тищенко. – М.: Прогресс-Традиция, 2008. – 158 с.
4. Юдин, Б.Г. Природа этического знания: учеб. пособие / Б.Г.Юдин. – М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 82 с.
5. Veatch, R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R.M.Veatch // The Hastings Center Report. – 1972. – Vol.2, No.3. – P.5–7.
6. Стеценко, С.Г. Защита прав пациента и информированное согласие / С.Г.Стеценко // Здоровоохранение. – 2001. – №12. – С.129–135.
7. Седова, Н.Н. Философия человека и медицина / Н.Н.Седова // Диалектика материального и идеального в познании сущности здоровья и болезни: совещание по философским проблемам современной медицины, Казань, 1998 г. / КГМУ; под общ. ред. Ю.Д.Сергеева. – Казань: КГМУ, 1998. – С.86–89.
8. Esmanuel, E.J. Fours models of the physician-patient relationship / E.J.Esmanuel, L.L.Esmanuel // Ibid. – 2001. – P.2221–2226.
9. Клиническая психология: учеб. / под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
10. Дуков, Л.Г. Биоэтика практикующего врача / Л.Г.Дуков, П.М.Варнаков // Клиническая медицина. – 1998. – №8. – С.46–48.

**COMMUNICATION MODELS IN “MEDICAL WORKER – PATIENT” SYSTEM: PROBLEM OF OPTIMAL CHOICE**

**D.V.Cherednichenko**

Minsk Scientific and Practical Center of Surgery, Transplantology and Hematology, 8, Semashko Str., 220087, Minsk, Republic of Belarus

Various forms of relationships in “medical worker – patient” system are described in the article. These relationships have been analyzed from point of view of their use practicality in today’s healthcare. The conclusion is substantiated on effective communication contribution to medical care quality improvement and significant reduction in likelihood of conflicts between main participants of modern medical and diagnostic process.

Keywords: ethics and law in medicine; «medical worker – patient» communication models; patient informing; patient consent to medical intervention; patient-orientation; conflict.

**Сведения об авторе:**

**Чередниченко Дмитрий Владимирович;** ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», зам. директора по медицинской экспертизе и реабилитации; тел.: (+37529) 7534134; e-mail: zmicer75@yandex.by.

*Поступила 10.05.2023 г.*