

## МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Родиков М.В.<sup>1</sup>, Кочетова Л.В.<sup>1</sup>, Пахомова Р.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *ФГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ, Красноярск, Красноярск, e-mail: pra5555@mail.ru*

Существенным преимуществом здравоохранения в России является то, что по сей день оно государственное и в своей основе бесплатное. К отрицательным моментам бесплатной медицины относятся: длительное ожидание на прием к врачу и ограниченное время врача на прием больного, низкая зарплата медперсонала, плохое питание в больницах, переполненные палаты, недостаток лекарств и многое другое. Положительными моментами являются ее гуманистические и демократические принципы, внимание к больному человеку. Отношения врача с больным в значительной мере определяются престижностью врачебной профессии, ее спецификой и наличием контакта с больным. Взаимодействие осложняется отсутствием четких правил выстраивания отношений врача и пациента. С развитием медицины, изменением форм оказания медицинских услуг происходят существенные изменения в моделях отношения врача и пациента. Патерналистическая модель отношений в медицине теряет свои позиции в современном обществе. Если принципы отношений врача с пациентом в какой-то мере намечены (клятва врача, должностные инструкции, традиции и т.д.), то права, обязанности, ответственность и нормы поведения пациента не определены вообще.

Ключевые слова: медицинская деятельность, права пациент, взаимосвязь врач—пациент

## MODELS OF INTERACTION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT IN MODERN MEDICINE

Rodikov M.V.<sup>1</sup>, Kochetova L.V.<sup>1</sup>, Pakhomova R.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Federal state-funded educational institution of the higher education «The Krasnoyarsk state medical university of the prof. V. F. Voyno-Yasenetsky» of the Ministry of Health Russian Federation, Krasnoyarsk, e-mail: pra5555@mail.ru*

A significant advantage of health care in Russia is that to this day it is state and based free. The negative aspects of free medicine is: the long wait for the doctor and the limited time the physician receiving the patient, low wages of medical staff, poor food in hospitals, overcrowded wards, lack of medicines and many more. Positive aspects is its humanistic and democratic principles, attention to the sick person. Physician relationship with the patient is largely determined by the prestige of the medical profession, its specifics and the availability of contact with the patient. The interaction is complicated by the lack of clear rules of building relationships between doctor and patient. With the development of medicine, changing forms of medical services there are significant changes in the patterns of relationship between doctor and patient. Paternalistic model of relations in medicine is losing its position in modern society. If the principles of relationship physician-patient in some way planned (oath of the doctor, job descriptions, traditions, etc.), the rights, duties, responsibilities and standards of behavior of the patient is not specified at all.

Keywords: medical activity, rights of the patient, relationship doctor—patient

Отношения между врачом и больным являются  
основой любой лечебной деятельности.

И. Харди

Одним из основных вопросов, изучающихся в рамках медицинской деятельности, является нормативно-правовое обеспечение прав граждан в сфере медицинской деятельности. От того, насколько качественной является юридическая база прав граждан в медицине, насколько эффективно отдельно взятый гражданин может воспользоваться

предоставленными ему правами, во многом зависит успешное динамичное развитие как медицинского права, так и правового государства в целом [2, 4].

Права граждан в сфере медицинской деятельности — это предусмотренные международными и внутригосударственными нормативно-правовыми актами положения, гарантирующие гражданам охрану здоровья и предоставление медицинской помощи при возникновении заболевания [4].

Права пациента — это инструменты управления процессом оказания медицинской помощи. Используя свои права, сам пациент (или назначенный им представитель) способен принять решение о целесообразности самого медицинского вмешательства, о месте его проведения, об условиях, в которых оно будет осуществлено, об обстановке, о его участниках, о необходимой для него медицинской информации, о виде и объеме вмешательства, о привлечении других лиц, представляющих или защищающих интересы пациента [2].

Права пациента — это прямо указанный в законодательстве перечень требований (законных притязаний) пациента, которые работники здравоохранения обязаны выполнять беспрекословно, в противном случае их действия являются правонарушением и наказуемы законом.

Эффективность практической деятельности врача зависит не только от законов, но и от того, насколько профессионально специалист организует взаимодействие с пациентами, их родственниками и ближайшим окружением и, конечно, с коллегами. Часто необходимо согласовать действия, распределить функции или повлиять на настроение, поведение, убеждения собеседника. В психологии для характеристики тех компонентов общения, которые связаны с взаимодействием людей, с непосредственной организацией их совместной деятельности, применяется специальный термин — «интерактивная сторона общения».

На сегодняшний день между медиками-профессионалами и пациентами существуют патерналистическая (или сакральная) модель, модель коллегиального типа, модель контактного типа и модель технического типа.

Основы патерналистической, или сакральной, модели заложены в гиппократовскую эпоху. Врач предстает здесь в роли волшебника, заботливого отца и даже бога, который по своему усмотрению управляет жизнью человека (пациента). Пациент выступает в роли ребенка, слепо и безоговорочно доверяющего врачу, и не несет никакой ответственности за собственное здоровье. Гарантом безопасности для пациента в этой модели выступают деонтологические принципы, закрепленные в Клятве врача. И если не будет этих гарантий, пациент просто никогда не рискнет обратиться к врачу. Поэтому основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту

помощь, не нанеси ему вреда». Патерналистическая модель отношений в медицине в современном обществе теряет свои позиции. Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Повсеместно распространилась норма, согласно которой врач не имеет права принимать решения без согласия пациента, а тот в свою очередь выступает как компетентный потребитель медицинских услуг и требует всесторонней информации по поводу своего заболевания, методов лечения и реабилитации [5, 7, 8].

Модель технического типа отношений также имеет определенные минусы, так как одно из последствий бурного развития биомедицинских технологий – возникновение врача-ученого, который ведет себя как ученый-прикладник, основная задача которого – исправить неполадки в организме пациента, и сам процесс ликвидации «поломки» является самоценным с точки зрения научного знания и предполагает ярко выраженную беспристрастность врача. Этическая некорректность отношения к пациенту как к неисправному механизму компенсируется ответственностью самого пациента за конечное принятие решений. На сегодняшний день это самая притягательная с моральной точки зрения модель коллегиального типа. Врач и пациент выступают как равные коллеги именно в борьбе с болезнью. Социальный статус, возраст, образование и иное не влияют на данное равноправие. Единственной долей некоторого лицемерия здесь выступает тот факт, что врач не испытывает страданий больного со всеми вытекающими отсюда психологическими и моральными проблемами.

К модели равной ответственности врача и пациента за исход лечения относится модель контактного типа. В рамках договора (соглашения – как устного, так и письменного) обговариваются все аспекты профессиональных отношений «врач – конкретный пациент». Модель наиболее распространена в Европе, США и России, позволяет избежать отказа от эмпатии со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от моральной ответственности со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа; позволяет уйти от ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

В России практическое применение этой модели имеет существенное отличие от общемировой практики. Ввиду ряда культурно-исторических причин патернализм в России прочно вошел в медицинскую практику. Поэтому избавиться от патерналистских установок общественного сознания за 30–40 лет просто невозможно. Портрет современной российской медицины определяют два фактора – демократические и рыночные преобразования в обществе и связанная с ними реформа здравоохранения [1]. При этом поливариантность

медицинских услуг является достаточно новой как для потребителей услуг – пациентов, так и для их производителей – медицинских работников. Патерналистская модель взаимоотношений в медицине критикуется, на смену ей приходят контактная и коллегиальная модели взаимоотношений между врачом и пациентом. При этом принципиальным является вопрос об автономии пациента.

Поскольку пациент стал играть все более активную роль в лечебном процессе, имея, в частности, права на участие в принятии решений о выборе методов лечения и/или обследования вплоть до отказа от лечения, то это предполагает его информативность. Соответственно, возрастает роль медицинской информативности пациента (в первую очередь о своем заболевании / своих заболеваниях), которая является результатом взаимодействия, получаемой им по различным социально легитимизованным каналам – от медицинских работников, из средств массовой информации, от своих родных и знакомых, научно-популярной литературы и других источников.

При этом в связи с бурным развитием телевидения, многократным увеличением количества печатных газетных и журнальных изданий, других форм и средств массовой коммуникации в России в конце XX – в начале XXI вв., даже в общественно-политических газетах и журналах медицинская информация в виде тех или иных «Полезных советов», рубрик «Ваше здоровье», «Ключ к здоровью», «Домашний доктор», «Исцели себя» и иного во все возрастающих объемах адресуется к самой широкой аудитории и оказывает все более значимое воздействие как на массовое сознание, так и на индивидуальные представления, установки, убеждения, мотивы читателей, которые в то же время являются эпизодическими или регулярными потребителями тех или иных медицинских услуг, т.е. пациентами [3, 6].

Следовательно, на своевременном этапе лечебный процесс предполагает не только ответственные личные решения пациента (которые в значительной мере базируются на его информативности), но и учет врачом при структурировании взаимоотношений с пациентом (наряду с признанием изменившегося статуса пациента) степени и направленности информированности последнего, во многом детерминирующей те или иные его решения.

В любом межличностном общении можно встретить конфликтные ситуации, структурными компонентами которых являются: объект и предмет, личности оппонентов – активных участников конфликта, места жительства, условия работы и жизни, обстановка социального взаимодействия, цели деятельности, стратегия и тактика противодействия, потребности и интересы. В современном мире конфликты встречаются почти на каждом шагу и, к сожалению, являются нормой жизни. Ведущие отечественные исследователи в области регулирования конфликтов А. Анцупов и С. Баклановский называют следующие основные *принципы управления конфликтом*:

— **компетентность** – вмешательство в развитие конфликтной ситуации должно осуществляться людьми с требуемой теоретической подготовкой и соответствующим опытом (психологом, юристом, медиатором);

— **радикальность** – степень вмешательства специалиста в конфликт не должна превышать глубины знаний вопроса (некий аналог профессиональной медицинской заповеди «не навреди»);

— сотрудничество и **компромисс** – предпочтительнее сделать так, чтобы способы разрешения спора были наименее конфликтными, не допускающими их активного противостояния.

На наш взгляд, последнее положение имеет особое значение именно для медицины, поскольку действия врача и пациента по природе своей изначально объединены общей мотивацией – восстановление здоровья.

Как писал А.В. Решетников, в большинстве случаев при оказании медицинской помощи медицинские работники имеют дело не только с заболеванием, но и с психосоциальными проблемами пациентов. «Необходимо затратить достаточно много усилий, — отмечал он, — чтобы понять, как лучше справиться с проблемами с медицинской и с социальной точек зрения, так как они неизбежно будут составлять изрядную долю в запросах пациентов независимо от того, будут ли врачи рассматривать эти проблемы как присущие получению медицинской помощи или не являющиеся таковыми».

Одним из наиболее многообещающих направлений в социальных науках, связанных с медициной, является развитие новых социальных технологий, имеющих своей целью модификацию медицинского поведения личности и групп в интересах общего дела.

Отправным пунктом внедрения новой организационной формы в отечественное здравоохранение стал приказ № 237 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 26.08.1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, принятой в 1997 г., первичная медико-санитарная помощь рассматривается в качестве основного звена при оказании населению медицинской помощи, и особая роль в этом отводится развитию семейной медицины. Создание службы семейного врача направлено на раннее выявление заболеваемости, формирование у населения здорового образа жизни, на сохранение трудового потенциала страны, снижение преждевременной смертности.

С момента начала реформы системы первичной медико-санитарной помощи прошло уже более 10 лет. На сегодняшний день в системе послевузовского медицинского образования подготовлено более 5000 семейных врачей, но численность реально

работающих специалистов составляет менее 2000 человек, что, конечно, не может в полной мере удовлетворить потребности первичного звена здравоохранения. Большинство населения и медицинских работников на территориях, где динамично развивается новая система организации первичного звена здравоохранения, высказывается за широкое внедрение института семейной практики, пациенты отмечают существенные преимущества в работе семейного врача по сравнению с участковым терапевтом. Несмотря на то что эффективность работы семейного врача набирает все больше доказательств, реформирование первичной медико-санитарной помощи в большинстве территорий большинстве поликлиник помощь больным продолжают оказывать участковые терапевты, а служба семейного врача в полной мере не функционирует, медленно развивается амбулаторная консультативная помощь при стационарном звене, так же как и реструктуризация больничной сети [5, 6].

При сравнении числа пациентов, направляемых на консультацию к «узким» специалистам, выяснилось, что самый низкий (менее 10%) показатель был почти у половины семейных врачей (45,3%), на госпитализацию — у подавляющего большинства семейных врачей (81,8%), что свидетельствует о несколько большей эффективности их работы по сравнению с участковыми терапевтами. Из сравниваемых групп участковых и семейных врачей (сравнение с педиатрами в этой части не проводилось в силу специфики их пациентов и характера патологий) последние обладают наиболее широким спектром самостоятельно проводимых диагностических исследований. Например, измерение остроты слуха проводят 88,7% семейных врачей и 24% участковых терапевтов, 82,3% семейных врачей измеряют остроту зрения, в то время как у участковых врачей этот показатель составил 18,3%.

Удовлетворенность работой играет важную роль в процессе мотивации труда. Ответы на прямой вопрос об удовлетворенности своей работой выявили, что в профессиональной группе семейных врачей самый высокий процент неудовлетворенных своей работой (42% опрошенных, у педиатров и участковых терапевтов соответственно только 11,3% и 14,2%). Проведение группового интервью среди семейных врачей внесло некоторые коррективы в понимание удовлетворенности семейного врача работой и ее связи с организационными проблемами. Большая неудовлетворенность вызывается более высокими требованиями семейных врачей к результатам труда. Организационные проблемы, нехватка самого необходимого диагностического и лечебного оборудования, равнодушие руководителей здравоохранения вызывает у семейных врачей (в первую очередь наиболее молодых, 25–30 лет) разочарование и приводит к конфликтам. Удовлетворение от врачебной деятельности приносит квалифицированное выполнение своей работы, результат, выражающийся в излечивании больного, в возвращении ему статуса здорового человека. Семейные врачи, принявшие участие в нашем исследовании, считают свою работу интересной (82%),

необходимой (87%). Обычно в полной мере и всегда реализуют свои физические и интеллектуальные способности 48% опрошенных семейных врачей (у педиатров и участковых терапевтов этот процент значительно выше и составляет соответственно 60,3% и 60,2%). Настораживает тот факт, что 41,7% семейных врачей не в полной мере реализуют свой потенциал (у педиатров и участковых врачей только 27,8% и 29,1%).

Оценивая основные параметры своей работы по пятибалльной шкале, все сравниваемые группы врачей поставили на первое место ответственность, но если педиатры и участковые терапевты вторым по значимости параметром выбрали важность своей работы, то семейные врачи — результативность профессиональной деятельности.

Внедрение и развитие семейной медицины на современном этапе в России сдерживается рядом факторов и причин, часть из которых входит в компетенцию органов управления федерального уровня, другие — местных органов и учреждений здравоохранения. Весь комплекс причин можно условно разделить на несколько групп:

1) политико-экономические причины: недостаточное финансирование, опирающееся на «узкое» понимание рентабельности;

2) законодательные и правовые причины: недостаточный уровень обеспеченности отрасли в плане законодательных и правовых актов, что явилось серьезным тормозом в проведении реформирования здравоохранения;

3) организационно-управленческие причины, среди которых следует отметить следующие: потеря прежней вертикали управления; отсутствие новых статистических форм учета и отчетности семейных врачей и соответствующих нормативных актов и документов; дефекты в подготовке кадров для семейной медицины, связанные с отсутствием взаимосвязи системы подготовки семейных врачей и среднего медицинского персонала; со стороны властных структур отсутствует заказ на здоровую нацию, а население пока исповедует устаревшую ментальность («мое дело — болеть, ваше — лечить») [1].

### **Выводы**

Для оптимизации взаимодействия врача и пациента, а также повышения удовлетворенности больных лечебным процессом необходимо: информировать пациента о предлагаемых методах и средствах лечения, особенно при использовании методов, связанных с риском для его здоровья; обеспечить реализацию прав пациентов; прогнозировать потенциальную эффективность медицинских услуг; контролировать динамику заболевания путем последующих контактов с пациентом; разрабатывать превентивные меры по профилактике патологических состояний.

### **Список литературы**

1. Биомедицинская этика: учебно-методическое пособие. / Сост. Т.В. Мишаткина. Минск, 2002. — 178 с.
2. Волчанина Е.И. Врачебные ошибки и страхование профессиональной ответственности медицинских работников // Мед. новости. — 2006. — № 7. — С. 68–73.
3. Врачебная деонтология: Учеб. пособие для студ. мед. институтов. / Сост. И.Я. Макшанов. Минск, 1998. — 158 с.
4. Кралько А.А. Уголовная ответственность медицинских работников // Вестник пенитенциарной медицины. — 2006. — № 1. — С. 48–53.
5. Кузеванова А.Л., Петрова И.А., Недогода С.В. Проблемы регионального здравоохранения и практики подготовки и работы семейного врача в Волгоградской области (социологический аспект) / Стрежень: Науч. ежегодник. — Волгоград: ГУ «Издатель», 2004.— Вып. 4. — С. 384–388.
6. Медицинская этика и деонтология: Метод. разраб. для студентов и врачей-стажеров / Сост. Н.И. Артишевская и др. Минск, 1997.
7. Медицинская этика и деонтология: учеб.-метод. пособ. / Сост. Е.Г. Королева, В.А. Карнюк, А.Н. Мельников. Гродно, 1998.
8. Ситуационные задачи по медицинской этике и деонтологии: Учебное пособие. / Сост. Н.И. Артишевская, Р.А. Новикова, Н.П. Пригун. Минск: МГМИ, 1998. — 39 с.