

УДК 614.253

КОММУНИКАЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС ВРАЧ – ПАЦИЕНТ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

М.Ю. Сурмач, Е.М. Тищенко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Излагаются современные парадигмы и модели взаимоотношений врач-пациент, раскрываются принципы и механизмы их коммуникаций

Ключевые слова: Коммуникации, модель, взаимоотношения, пациент, врач.

The modern paradigms and «doctor-patient» models of relations are examined, principles and mechanisms of their communication are revealed.

Key words: communication, model, relations «patient-doctor».

Врач и пациент, являясь равнозначными участниками лечебно-диагностического процесса, тем не менее, неравноправны. Специфика взаимоотношений врача и пациента определяется тем, что один из них болен, другой – здоров, один из них зависит в своём желании выздороветь от другого. Слово врача для пациента – не только слово специалиста; за врачом стоит многовековая практика медицины. Врач обладает значительной экспертной властью, за ним – мощное влияние традиции.

По мнению А.В. Решетникова, медицину как социальный институт следует рассматривать в качестве совокупности общих для всех медицинских организаций ролей врачей и больных. Социальная роль врача изначально находится на более высоком уровне иерархии относительно роли больного; вместе эти роли формируют своеобразную управленческую «вертикаль»[6].

Неравенство врача и пациента обуславливает необходимость для успешного протекания лечебного процесса присутствия у врача определённых личностных качеств, таких, как чуткость, отзывчивость, искренность, доброжелательность, вежливость. Благодаря этим качествам, врач остаётся ведущей фигурой в медицине при всей её компьютеризации и технической оснащённости.

Ещё в древних манускриптах Аюрведы указывалось, что можно бояться отца, матери, друзей, учителя, но не должно присутствовать страха перед врачом, который должен быть добрее и внимательнее к больному. В 1836 г. И.Е. Дядьковский утверждал: «Самым важнейшим средством, в коем нуждаются страждущие, есть нравственная сила убеждения». К концу XIX века относятся слова Г.А. Захарьина: «Нет нужды объяснять, в каком тяжёлом положении находится врач, к которому не имеют доверия; ещё тяжелее положение больного, вынужденного лечиться у врача, к которому нет доверия». В конце XX века писал И.В. Богорад: «Вряд ли найдётся ещё профессия, которой бы так повезло, как врачебной, с точки зрения внимания к

ней со стороны общества. Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его руках уходит в небытие».

В ходе исторического развития медицины функционировало три основных парадигмы формирования лечебных задач, подчиняющих процесс коммуникации врач-пациент и определяющих его особенности.

Первая. Лечение больного по месту его нахождения, когда непосредственно на дому в зависимости от личных качеств пациента врач формировал те или иные лечебные задачи. Личный контакт обеспечивал восприятие врачом пациента как интегрированной психосоматической общности, у которой физические и эмоциональные нарушения неотделимы друг от друга. Основной целью общения врача с пациентом было выявить конкретные проблемы больного, чтобы решить их на месте.

Вторая. С развитием больничной медицины парадигма формирования лечебных задач изменяется. С появлением больниц в распоряжение врача поступает сразу ряд пациентов, при этом болезни как бы обособляются от отдельных лиц. У врача постепенно пропадает интерес к уникальным качествам человека в целом, и его заменяют сопоставительные исследования конкретных поражений органов и нарушений функций у разных людей в разных состояниях.

Третья. С появлением и развитием лабораторных медицинских исследований «общение» с пациентом сместилось в область химико-физиологических процессов. Болезнь стала восприниматься как отклонение этих процессов от нормы, которое подлежит объяснению в соответствии с неумолимыми законами естествознания. Быстро и пациент, а затем и врач были вытеснены из системы формирования лечебных задач [6].

Несмотря на широкое использование лабораторных и инструментальных методов современной клинической медициной, общение врача с пациентом играет огромную роль в лечебно-диагности-

ческом процессе. Успех коммуникационного процесса обуславливает формирование доверия к врачу, представляет основу для успешной реализации услуги медицинского назначения («лечение словом»).

Зачастую пациенты, оценивая качество медицинских услуг, оказываемых в той или иной организации здравоохранения, ориентируются на доступные их пониманию потребительские аспекты: близость к месту проживания, своевременность оказания медицинской помощи, и, конечно же, отношение со стороны медицинского персонала. Квалификация врача нередко оценивается пациентами по деонтологическим аспектам. Нетактичное отношение к пациенту, формальное общение с ним негативно отражаются на процессе взаимодействия врач-пациент и коррелируют с негативной оценкой пациентами деятельности организации здравоохранения в целом.

Американский специалист по медицинской этике Р. Витч выделяет четыре модели взаимоотношений между врачом и пациентом:

1. Модель *технического типа*: врач ведёт себя как «сантехник, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими моральными вопросами».

2. Модель *сакрального типа*, возникающая как противовес первой модели, превращающая врача в «священника, который более заботится о душе, чем о теле».

3. Модель *коллегиального типа* предполагает, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Решающая роль принадлежит доверию. Эту модель ещё называют *совещательной*, основанной на доверии и взаимном согласии. В случае низкого уровня компетенции пациента (невысокий образовательный уровень) модель коллегиального типа функционирует в виде *интерпретационной* модели (убеждающий врач).

4. Модель *контрактного типа* основана на контракте или соглашении. Она позволяет избежать отказа как от моральных норм со стороны врача (как в модели технического типа), так и от моральных ожиданий со стороны пациента (как в модели сакрального типа). Эта модель основана на информированном согласии пациента, и именно пациент в конечном счёте волен управлять своей судьбой. Модель контрактного типа ещё называют *информационной*, когда бесстрастный врач работает с полностью независимым пациентом [1].

В практике отечественного здравоохранения модели технического и сакрального типа практически не встречаются в чистом виде. Также редкой для Беларуси является модель контрактного

типа. Отечественная медицинская практика выработала две основные модели взаимоотношений в системе врач-больной:

1. *Патерналистская модель* – врач не только принимает на себя обязанности пациента, но и самостоятельно решает, в чём именно это благо состоит. Исключительно в компетенции врача находится решение, какую информацию о состоянии пациента и тактике лечения предоставлять. Таким образом, свобода личности пациента значительно ограничена.

2. *Автономная модель* исходит из принципа автономии пациента, согласно которому вся врачебная деятельность строится на основе равноправного диалога с пациентом. Информировать пациента – обязанность врача (принцип информированного согласия).

По данным медико-социологических исследований, врачи преимущественно реализуют событийную модель информированного согласия, когда после оценки состояния пациента и его информирования врач ставит диагноз и составляет план обследования (лечения). Пациенты же настроены на процессуальную модель информированного согласия, основанную на том, что принятие медицинского решения – длительный процесс и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом.

Автономная модель взаимоотношений врач-пациент закреплена в законодательстве Республики Беларусь о здравоохранении. Тем не менее, полное использование автономной модели на практике ограничивается компетентностью пациентов, зависящей от уровня общей культуры, психоэмоционального состояния, медицинской грамотности, степени информированности пациента о собственном состоянии и пр. Невозможно применить автономную модель в ситуациях, представляющих непосредственную угрозу жизни больного и требующих незамедлительного медицинского вмешательства: экстренная операция, реанимационные мероприятия. Поэтому в практике здравоохранения выделяют третью, пограничную модель взаимоотношений врач-пациент:

Модель *ослабленного патернализма* – допускает частичное ограничение свободы личности в тех случаях, когда автономия последней снижена. Например, это происходит при необходимости удержания пациента от нанесения себе или другим существенного ущерба (психические заболевания, наркоманические галлюцинации и пр.), а также в педиатрической практике.

По данным российских авторов, при выборе модели взаимоотношений в системе врач-пациент для больных наименее предпочтительна модель технического типа, на втором месте «с конца» ока-

залась модель контрактного типа, затем следовала модель патерналистского типа и наиболее предпочтительной оказалась коллегиальная модель [2]. Врачи так же, как и пациенты, считали модель технического типа наименее редко используемой, однако характерно, что врачи с небольшим (менее 10 лет) стажем использовали модель технического типа в 2 раза чаще их опытных коллег. Не пользовалась популярностью у врачей и модель контрактного типа (на втором месте «с конца», как и у пациентов, несколько чаще её предпочитали молодые врачи). Следующей по частоте использования оказалась патерналистская модель, и наиболее популярной – коллегиальная. В то же время коллегиальная модель ограничено использовалась в хирургической практике в связи с недостаточной и неправильной, по мнению врачей, информированностью пациентов.

Анализ данных опроса врачей показал, что врачи считают, что предоставляют пациентам достаточный объём информации. В то же время, такое мнение в значительной мере противоречит их же утверждениям о полноте информированности пациентов: согласно ответам врачей (особенно хирургов), три четверти пациентов не информированы или недостаточно информированы, а половина пациентов информирована неправильно. Авторы установили также, что около 67% пациентов так или иначе прибегают к самолечению, что объясняется их недостаточной информированностью.

Позиции врачей и пациентов в вопросе необходимости информирования не совпали: врачи считают, что предоставляют информацию в достаточном объёме, пациенты отрицают это и прибегают к разного рода информационным источникам (в первую очередь, к средствам массовой информации) и последующему самолечению. Декларируя приверженность коллегиальной модели взаимодействия врач-пациент, ряд врачей, в первую очередь, хирургов, на практике ориентированы на патерналистскую модель взаимодействия.

Характерную именно для хирургических специальностей опасность отнесения пациента как личности на второй план отмечают и зарубежные авторы. Исследования Т. Близенера и Дж. Сигриста показали, что в хирургических отделениях среднестатистическая продолжительность обхода составляет от 48 секунд до 3 минут. При этом врач делает около 40 высказываний, пациент – около 25, остальной медперсонал (между собой) – около 15. Большая часть того, что говорит пациент, является ответом на инициативы врача, так что практически во время обхода пациент может задать только один вопрос [9]. Д. Хак и Ф. Де Боер отмечают, что большое количество операций и недостаток времени формируют «анатомический» подход к

больному и не способствуют установлению контакта [10]. В то же время врачи амбулаторно-поликлинических учреждений, в силу кратковременности амбулаторного приёма, склонны к автоматической работе, что также не способствует созданию контакта между врачом и пациентом.

Руководства по менеджменту утверждают, что эффективность коммуникационного процесса при межличностных коммуникациях определяется рядом факторов, среди которых основными являются следующие.

♦ Восприятие: люди по-разному воспринимают одну и ту же информацию. На процесс восприятия информации влияют компетентность адресата, накопленный опыт, интересы, социальные установки, эмоциональное состояние, а также контекст, в котором эта информация была передана. Поэтому информация воспринимается людьми избирательно. На коммуникативный процесс при межличностном общении оказывает влияние степень открытости, доверия, предвзятость.

♦ Некачественная обратная связь: вовремя устранить неточности, возникшие в понимании передаваемой информации по вине различий в восприятии, семантических неточностей или неверно истолкованной невербальной символики, устраняется при качественной обратной связи. Некачественная обратная связь приводит к нарушению межличностных коммуникаций.

♦ Плохое слушание [3, 4, 5].

Потеря коммуникационного контакта между врачом и пациентом нередко происходит по причине переноса беседы в профессиональное, не понятное больному пространство. Так, Г. Нижхоф, излагая подобные моменты, приводит пример, как пациент эмоционально описывает своё заболевание, а врач, быстро определив происшедшее с пациентом, просто констатирует диагноз или произносит конкретный медицинский термин. В результате пациент как бы теряет связь с тем, о чём он говорит, и превращается в стороннего наблюдателя. При этом врач, порой неосознанно, подчёркивает преимущество своей социальной роли. Исследуя частоту прерываний рассказа пациента врачом, Г. Нижхоф пришёл к выводу, что зачастую врачи просто не слушают пациента.

Выделяют три типа манеры слушания:

а) внимательный слушатель, который правильно оценивает ситуацию, создаёт атмосферу беседы, располагает собеседника к высказыванию;

б) пассивный слушатель, внешнее и внутреннее безучастие которого к беседе вызывает у собеседника апатию и нежелание продолжать общение;

с) агрессивный слушатель, вербально и невербально способствующий появлению у собеседника ответной агрессивной реакции.

Кит Дэйвис приводит десять правил-наставлений по искусству эффективно слушать, успешно использующихся в практике менеджмента:

- 1) перестаньте говорить;
- 2) помогите говорящему раскрепоститься;
- 3) покажите говорящему, что Вы готовы слушать;
- 4) устраните раздражающие моменты;
- 5) сопереживайте говорящему;
- 6) будьте терпеливы, не экономьте время;
- 7) сдерживайте свой характер;
- 8) не допускайте споров или критики;
- 9) задавайте вопросы;
- 10) перестаньте говорить.

Первое и десятое наставление в этом перечне одинаковы, ибо автор утверждает, что именно умение эффективно слушать – основа успеха коммуникации [11].

Коммуникационное взаимодействие врача и пациента регулируется деонтологическим кодексом, предусматривающим следующие правила.

1. Вступая во взаимодействие с пациентом, врач должен оставить за порогом все свои личные тревоги и переживания, симпатии и антипатии, политические, религиозные, национальные взгляды и убеждения, нетерпимость и вредные для дела черты характера (брезгливость, высокомерие и проч.).

2. Врач должен всегда сочувствовать пациенту.

3. Врач не имеет права на враждебное отношение к больным.

4. Врач должен быть искренне внимателен и терпим.

5. Врач не должен терять надежду на излечение больного и не имеет права лишать больного надежды на исцеление.

6. Врач должен поддерживать оптимистический настрой больного.

7. Врач должен вызывать доверие у пациента.

8. Врач должен быть снисходителен к странностям, убеждениям, предрассудкам, верованиям пациента.

9. Особое внимание необходимо уделять пожилым, и особенно – одиноким больным.

10. Особые требования предъявляет профессия к гинекологам, педиатрам, стоящим у истоков жизни, онкологам и другим специалистам, нередко сталкивающимся со смертью.

11. Относительно взаимоотношений врача и больного ребёнка медицинская этика утверждает необходимость учитывать особенности детской психики, что невозможно без знаний детской психологии и основ педагогики детского возраста.

12. Врач должен ясно, чётко и грамотно излагать свои мысли [6, 7, 8].

В общении с пациентом важен учёт не только факторов, обеспечивающих успех межличностных коммуникаций, но и соблюдение некоторых других особенностей:

- ♦ максимально комфортная обстановка для беседы (конфиденциальность, отсутствие у больного физического дискомфорта);
- ♦ тактичное обращение (по имени-отчеству, например);
- ♦ использование положительной невербальной символики;
- ♦ использование записи полученных сведений;
- ♦ предоставление инициативы пациенту, использование поощрения, рефлексии, пояснений, сопереживания.

♦ некоторые особенности следует соблюдать в общении с отдельными категориями пациентов: например, со смертельно больными, незрячими, агрессивными, возбуждёнными, находящимися в состоянии депрессии [3, 6].

Общение врача и пациента должно быть не просто передачей информации, а осуществляться во имя выработки взаимопонимания и согласия по поводу лечебной тактики. Только при доверительном общении врача и пациента возможна чёткая обратная связь пациент-врач.

Литература

1. Биомедицинская этика: Учеб. пособие / Т.В. Мишаткина, Э.А. Фоновина, С.Д. Денисов, Я.С. Яскевич и др.; под общ. ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Минск, 2003. – 320 с.
2. Воробьёв А.А., Деларю В.В., Куцепалов А.В. Влияние информированности пациента на структурирование взаимоотношений в системе врач – пациент // Социология медицины. – 2004. - № 1. – С. 39 - 45.
3. Врач и больной: азбука общения // Медицинские новости. – 2003. - № 8. – С. 46 – 50 (по материалам Энциклопедии клинического обследования больного / Пер. с англ. – М.: ГЭОТАР медицина, 1997. – 704 с.).
4. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента // Социология медицины. – 2006. - № 1. – С. 9 – 14.
5. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на Западе // Социологические исследования. – 2002. - № 6. – С. 122 – 127.
6. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
7. Щетинин Н.Н., Третьяк С.И., Прохоров А.В., Манулик В.А. Актуальные проблемы медицинской деонтологии // Медицинские новости. – 2000. - № 11. – С. 48 – 51.
8. Эртель Л.А., Седова Н.Н. Отношение врачей и родителей к практике информированного согласия в педиатрии // Социология медицины. – 2004. - № 1. – С. 31 – 39.
9. Bliesener T., Siegrist J. Greasing the Wheels: Conflicts on the Round and How They Are Managed // J. of Pragmatics. - 1981. - V. 5. - №2/3. - P. 181 – 204.
10. Hak D., Boer F.de. Formulations in First Encounters // J. of Pragmatics. – 1996. – V. 25. - № 1. – P. 83 – 99.
11. Keith Davis. Human Behavior at Work. – New York: McGraw-Hill, 1977. – p. 387.
12. McKneally M.F., Dickens B.M., Meslin E.M. et al. Bioethics for clinicians: 13. Resource allocation // Can. Med. Ass. J., 1997. – Vol. 157. - №2. – P. 163 – 167.
13. Nijhof G. Naming as Naturalisation in the Medical Encounter // J. of Pragmatics. – 1998. – V. 30. - № 6. – P. 735 – 753.

Поступила 28.11.06