УДК 316.4

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА СЕЛЕ

Антонова Наталья Леонидовна,
Уральский федеральный университет
им. первого Президента России
Б.Н. Ельцина,
Институт социальных
и политических наук,
кафедра теории и истории социологии,
доктор социологических наук, доцент,
г. Екатеринбург, Россия.
E-mail: n-tata@mail.ru

Клейменов Михаил Вячеславович,
Уральский федеральный университет
им. первого Президента России
Б.Н. Ельцина,
Институт социальных
и политических наук,
магистр социологии,
г. Екатеринбург, Россия.
E-mail: k-mihaell@mail.ru

Аннотация
В статье на основе результатов социологического исследования, проведённого в Далматовском районе Курганской области, представлены модели взаимодействия врача и пациента. Опираясь на идеи Р. Витча, авторами выделены четыре модели взаимодействия: коллегиальная, патерналистская, инженерная и контрактная. Лидирующие позиции в оценках селян занимает коллегиальная модель взаимодействия, основанная на партнёрских отношениях между пациентом и врачом.

Ключевые понятия:
взаимодействие,
медицинское обслуживание,
село,
пациенты,
врачи.

Исследования российской сельской глубинки актуализируются на фоне активной глобализации урбанизированных стран, к которым относится и Россия. Немаловажным является и анализ состояния сельского здравоохранения. В условиях реструктуризации и реформирования российского здравоохранения мерилом состояния системы медицинского обслуживания села становится отношение сельских жителей к медицинским работникам, непосредственно занятым в медицинской практике – врачам, фельдшерам, медсёстрам.

К сожалению, следует признать, что социологических исследований, объектом которого становятся жители сельских поселений, немного. В этом ряду следует отметить работы И.В. Гололобова, Н.К. Долгушкина, И.Е. Ильина, В.Г. Новикова, Е.В. Серовой, В.И. Староверова, Т.В. Тихоновой. Что касается анализа взаимодействия селян с медицинскими работниками, то он практически не представлен в современной социологической литературе. Несмотря на то, что социология медицины как отрасль социологического знания в России начала активно развиваться с 90-х гг. прошлого столетия, она включает в предметное поле исследований в основном проблемы здравоохранения больших городов, вопросы сельской медицинской помощи находятся на периферии исследовательского пространства и не получили должного внимания в эмпирико-прикладном векторе социологического анализа.

Современное село отличает ряд особенностей, отмеченных Л.В. Бондаренко [3, с. 72]. Это естественная убыль населения, закрытие учреждений образования и медицины, разорение коллективных сельских хозяйств, безработица, девиации. Автор указывает, что для современного сельского сообщества характерны низкая самоорганизация и неразвитость коллективных действий, что «свидетельствует и об определённых свойствах менталитета (замкнутость, скрытность, некоммуникабельность), и слабости местного самоуправления». Вместе с тем сельчане могут действовать и действуют сообща в тех случаях, когда занимаются благоустройством села и оказывают помощь соседям в трудной ситуации. На наш взгляд, эти признаки свидетельствуют о социальных связях, которые выражены в локальных сетях поддержки.

Повседневные практики жителей сельского социума отличает и особый тип взаимодействий, в котором нормы, стандарты и ценности трансформируются в условиях

иной, по сравнению с городом, социокультурной среде, где значительно уменьшена социальная дистанция между индивидами – представителями разных поколений, социальных групп и общностей. Эта особенность касается и системы медицинского обслуживания, в которую включены жители села: так, сельский житель, получающий медицинскую помощь, выступает одновременно и соседом/другом врача, осуществляющего приём.

Организация системы медицинского обслуживания на селе имеет уровневую структуру, которая обусловлена особенностями сельского расселения, в том числе невысокой плотностью и удалённостью населенных пунктов друг от друга. Суть организационной структуры заключается в том, что медицинская помощь, которая не может быть обеспечена на уровне сельского поселения, оказывается на муниципальном (районном) и региональном уровнях. В небольших сельских поселениях функционируют фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), помощь в которых, как правило, имеет профилактическую направленность, и её оказывает медперсонал со средним медицинским образованием. Для получения медицинского обслуживания, требующего внимания специалиста с высшим медицинским образованием, пациент обращается в центральные районные больницы (ЦРБ) или её филиалы, которые расположены в более крупных сельских поселениях. На уровне субъекта РФ действуют областные (краевые, республиканские) медицинские учреждения, медпомощь в которых оказывается тем сельским жителям, которым требуются диагностика, лечение, а также консультации специалистов, не представленных на иных уровнях.

Объектом эмпирико-социологического исследования, проведённого летом 2013 года, выступили пациенты филиала ЦРБ, расположенного в селе Кривское Далматовского района Курганской области. Всего было опрошено 200 человек – пациентов, которые в момент опроса пришли в медицинское учреждение для получения медицинской помощи. Структура опрошенных воспроизводит половозрастной состав населения исследуемого района, все респонденты проживают в с. Кривское.

Каждый третий опрошенный обращается за получением медицинской помощи в среднем один раз в месяц, при этом в труктуре видов врачебной помощи представлены как врачи широкого (35%), так и узкого профиля (9%). Такая частота обращений обусловлена, на наш взгляд, особенностями сельского поселения, для которого характерны высокая плотность социальных связей субъектов, близкая социальная дистанция [6, с. 1–12] и доминирование персонифицированных контактов. Например, в исследованиях, объектом которого выступали жители г. Екатеринбурга (2005–2008), средняя частота обращений составляла один раз в год. Мы считаем, что социальная близость между жителями села в повседневных бытовых практиках влияет на частоту посещения медучреждения. В основе целевых установок визита к врачу селянами – не только диагностика и лечение, но и реализация коммуникативных потребностей (желание поговорить, пообщаться). Так, больше половины респондентов (60%) считает, что целью врачей является не только физическое устранение заболеваний, но и духовная поддержка, снижение напряжения и общение.

В предметное поле нашего исследовательского интереса включены особенности взаимодействия пациентов и медперсонала в сельской системе медицинского обслуживания. В современной научной литературе представлен целый ряд моделей взаимоотношений врача и пациента, при этом в их основу исследователи-медики закладывают, как правило, деонтологические принципы [4, с. 143; 5, с. 29–31]. Наиболее широкое распространение получили модели взаимодействия, предложенные Р. Витчем, который выделил четыре типа: инженерный, патерналистский (пастырский), коллегиальный, контрактный [4, с. 135–143]. Заложив в концепцию нашего исследования идеи Р. Витча, обратимся к тем моделям взаимодействия, которые выделены респондентами в процессе опроса.

Коллегиальная модель взаимодействия характерна для 70,5% пациентов. По мнению респондентов, сельский врач в процессе выполнения профессиональных функций проявляет эмпатию (95%), умеет строить беседу (94%) и убеждать (94%). 93% пациентов отметили умение слушать врача, принимая участие в обсуждении и выполняя предписываемые им действия. Коллегиальная модель строится на равенстве отношений между врачом и пациентом, при этом задача первого состоит в доступном информировании о состоянии здоровья, последствиях заболевания и т.п. Представители разных профессиональных групп сельского сообщества непосредственно взаимодействуют в бытовых практиках, по сути, они воспроизводят эти практики и в других сферах. В нашем случае речь идёт о реализации селянами социальных ролей врача и пациента в про-

цессе медицинского обслуживания. Нормы взаимодействия, характерные для селянина, воспроизводятся и в практике взаимодействия между пациентом и врачом.

Патерналистскую модель взаимодействия выбирают 23,5% опрошенных. Врач в такой модели выступает в роли утешителя (97,5%), поскольку пациент не обладает медицинскими знаниями (88,5%), принимает всю информацию врача «на веру» (88%) и нуждается в «душевных» беседах (73%). Патерналистская модель схожа с характером взаимодействия родителей и детей, в которой первые проявляют заботу и внимание, а вторые (в силу отсутствия опыта и знаний) должны подчиниться и дисциплинированно выполнить все указания. Эту модель в научной литературе представляют как взаимоотношения духовного наставника и послушника.

Патерналистская модель взаимодействия господствовала не одно десятилетие в советском здравоохранении под лозунгом «обо мне заботится бесплатная медицина». Ответственность пациента при этом минимизируется, и он превращается в объект врачебных манипуляций. Формирующийся российский рынок медицинских услуг предъявляет новые требования к пациенту. В этих условиях востребован автономный тип личности, умеющий принимать решения в отношении своего здоровья. В сельской глубинке такая личность пока остаётся за пределами села. Причиной этого, по нашему мнению, является воспроизводство традиционных норм и ценностей сельского уклада, который включает и отношение селян к медицинским работникам (врачам, фельдшерам, медсёстрам), наделённым особыми, сакральными знаниями о лечении заболеваний и сохранении здоровья.

Инженерную модель взаимодействия используют 4,5% респондентов. Медицинский персонал в этой модели обладает высоким уровнем ответственности (95%) и независимостью от мнения пациента (78%). Пациенты очень терпеливы (98%) и выполняют предписания медработника (88%). Медицинское знание в такой модели – ценностно-нейтральное, врач выступает в роли «механика», которому нужно починить сломавшийся механизм. Выбор методов и средств диагностики и лечения не зависит от желаний, потребностей и уровня информированности самого пациента, а также личностных предпочтений и интересов врача. Выбор объективирован схемами, принятыми в практике врачевания, стандартизирован, упорядочен и нормативен. Мнение пациента мешает врачу при выборе тактики лечения, оно ненаучно и не заслуживает внимания.

Универсализация лечебных практик ведёт к деперсонализации отношений врач-пациент, а взаимодействие выстраивается на механистических основаниях: врач предпочитает иметь дело с данными обследований, с результатами анализов, а не с самим пациентом. По мнению А.П. Зильбера, технизация лечебного и диагностического процессов имеет как позитивные, так и негативные последствия, одним из которых выступает снижение психологического контакта «между врачом и больным, потому что даже собирание анамнеза нередко сводится к заполнению больным или его родственниками распространяемой заранее анкеты, данные которой вводятся в компьютер, нередко минуя их осознавание врачом» [5, с. 22]. Известный американский кардиолог Б. Лаун писал: «За время, отведённое на составление истории болезни, необходимо не только отметить наиболее важные моменты состояния здоровья больного, но и заглянуть в его внутренний мир» [7, с. 26].

И, наконец, последняя модель взаимодействия – контрактная: лишь 1,5% опрошенных селян полагает, что именно данная модель типична при получении медицинской помощи. Контрактная модель предполагает, что пациент выбирает в качестве основы взаимодействия договор как индикатор своей свободы и независимости, контракт выполняет символическую функцию, он не закреплён в данном случае юридически и не имеет правовых оснований. Контракт – это договор (гласный / негласный) между врачом и пациентом, в рамках которого основная цель взаимодействующих сторон – достижение понимания в процессе взаимодействия для решения главного вопроса – процедуры лечения, цель которого – выздоровление.

В этой модели пациент устанавливает границы отношений с врачом и становится партнёром по взаимодействию, готовым к обсуждению методов и средств диагностики и последующего лечения. По мнению Р. Витча, это наиболее реалистичный тип модели в отличие от коллегиальной, поскольку учитывает разность статусов и информационную ассиметрию.

Анализ результатов показал, что для данной модели очевидным выступает следующее противоречие. С одной стороны, пациенты ориентированы на контрактный тип, выбирая свободу и самостоятельность в выборе лекарственных средств (92%)

и отказываясь от приобретения медицинских препаратов, рекомендованных врачом (76,5%), поскольку высока потребность в обсуждении их достоинств и побочных действий, однако, с другой стороны, сами врачи не желают использовать подобную модель в своей практике. Возможно, это связано с определёнными рисками для сельского врача, которые заключаются в нивелировании своей социальной роли в оценках пациентов как главного источника медицинской информации, поскольку пациент может установить слишком широкие границы контрактных отношений.

А.Н. Бартко и Е.П. Михаловска-Карлова [2, с. 97–98], критикуя контрактную модель взаимодействия за минимальные обязательства со стороны врача как поставщика медицинских услуг, предлагают ввести договорную модель взаимодействия, которая включает согласие или понимание между врачом и пациентом относительно роли каждого из них. Авторы рассматривают контрактные отношения как опосредованный (через формальный контракт) тип взаимодействий, границы которого четко определены соглашением между поставщиком и потребителем медицинских услуг. Такое жёсткое понимание, по нашему мнению, ограничено, и предлагаемая авторами договорная модель уже в своём названии – договор – содержит формальные обязательства между субъектами взаимодействия. «Игра в слова» в данном случае не привносит в типологию никакой новизны и научного смысла, суть контрактной (Р. Витч) или договорной (А.Н. Бартко, Е.П. Михаловска-Карлова) моделей взаимодействия заключается в обозначении социальных ролей субъектов взаимодействия, которые значительно шире, чем предписывает договор/контракт, и который определяют сами субъекты.

Особенности медицинской помощи и характер взаимодействия медицинских работников и сельского населения обусловлены рядом объективных факторов: длительное пребывание на свежем воздухе, сезонность сельскохозяйственных работ, контакт с водой и землёй сельских жителей и большой территориальный радиус деятельности медицинского персонала. Кроме того, сегодня в системе сельского медицинского обслуживания наблюдается изношенность материально-технической базы, слабая укомплектованность медицинскими кадрами, большая доля врачей предпенсионного и пенсионного возраста, а также практически отсутствие платной медицины. Эти факторы, по нашему мнению, повлияли на столь малую долю выбора пациентами контрактной модели взаимодействия.

Анализ влияния половозрастных характеристик на представленные выше модели демонстрирует следующую ситуацию. Молодёжь примерно в равных долях представлена в патерналистской, коллегиальной и контрактной моделях взаимодействия; селяне средней возрастной группы выбирают в большинстве случаев коллегиальную модель, а пожилые и старые люди останавливаются на инженерной и патерналистской моделях. Такая ситуация вполне объяснима: молодёжь ещё находится в поисках оптимальной модели взаимодействия, представители средней возрастной группы ориентированы на партнёрские отношения с медперсоналом, поскольку представляют активный трудоспособный слой сельчан, а пожилое население впитало нормы патерналистской медицины советской эпохи, поэтому останавливается на патерналистской модели, а также выбирает инженерный тип взаимодействия, что связано, скорее, с жизненным опытом, который «подсказывает» им необходимость обращения к объективным показателям состояния здоровья (результаты анализов, обследований и т.п.).

Обращаясь к оценкам респондентов медицинского персонала как ключевой фигуры первичной медико-санитарной помощи в сельской медицине, отметим, что в структуре показателей удовлетворенности пациентов взаимодействием с ним лидирующие позиции занимают возможность вызова врача на дом (82%), своевременное оказание медицинской помощи (76%), информирование пациента о заболевании (62%). Большая часть опрошенных (95%) признаётся, что доверяет лечащим его медицинским работникам, взаимодействие выстраивается таким образом, что после посещения медицинского учреждения у 85% респондентов появляется оптимизм. Доверие к врачу выступает важным компонентом диагностического и лечебного процессов. В этой связи следует вспомнить эффект плацебо: врачи могут воздействовать на пациента без применения лекарственных средств. В целом пациенты дали высокую оценку профессиональной деятельности медицинских работников – 4,28.

Таким образом, модернизация современной российской системы здравоохранения предъявляет новые требования к характеру взаимодействия пациентов и врачей, и существующие модели будут трансформироваться. Уже сегодня высокодоходные группы населения крупных

городов выбирают контрактную модель, обращаясь к платной медицине. Кроме того, неформальная оплата медицинских услуг может стать основой для формирования смешанных/промежуточных моделей [1, с. 64–71; 8, с. 19–39]. Несмотря на воспроизводство традиционных норм и ценностей селянами, село также меняется, и необходимы дальнейшие исследования моделей взаимодействия врача и пациента как показатель трансформационных процессов.

1. Антонова, Н.Л. Неформальная оплата медицинских услуг: социологическое осмысление [Текст] / Н.Л. Антонова // Известия Уральского государственного университета. 2008. № 57. С. 64–71.

2. Бартко, А.Н. Биомедицинская этика: Теория, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики [Текст] / А.Н. Бартко, Е.П. Михаловска-Карлова. М., 1999. 238 с.

3. Бондаренко, Л.В. Сельская Россия в XXI веке (социальный аспект) [Текст] / Л.В. Бондаренко // Социологический журнал. 2005. № 4. С. 69–77.

4. Введение в биоэтику [Текст] / Под ред. Юдина Б.Г., Тищенко П.Д. М.: Прогресс-Традиция, 1998. 384 с.

5. Зильбер, А.П. Этюды медицинского права и этики [Текст] / А.П. Зильбер. М.: МЕДпресс-информ, 2008. 848 с.

6. Зиммель, Г. Большой город и духовная жизнь [Текст] / Г. Зиммель // Логос. 2002. № 3. С. 1–12.

7. Лаун, Б. Утерянное искусство врачевания [Текст] / Б. Лаун. М.: Крон-Пресс, 1998. 272 с.

8. Шишкин, С.В. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет [Текст] / С.В. Шишкин, Г.Е. Бесстремянная, М.Д. Красильникова, Л.Н. Овчарова В.А. Чернец, А.Е. Чирикова, Л.С. Шилова. М.: Независимый институт социальной политики, 2004. 196 с.

References

1. Antonova N.L. *Izvestija Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta,* 2008, no. 57, pp. 64–71 (in Russian).

2. Bartko A.N., *Mihalovska-Karlova E.P. Biomedicinskaja jetika: Teorija, principy i problemy. Ch.2. Principy i osnovnye problemy biomedicinskoj jetiki* [The Biomedical ethics: theory, principles and problems. Part 2. The principles and problems foundation of biomedical ethics]. Moscow, 1999, 238 p. (in Russian).

3. Bondarenko L.V. *Sociologicheskij zhurnal,* 2005, no. 4, pp. 69–77 (in Russian).

4. Vvedenie v biojetiku [The introduction of bioethics]. Moscow, Progress-Tradicija, 1998, 384 p. (in Russian).

5. Zil'ber A.P. *Jetjudy medicinskogo prava i jetiki* [The etudes of the medical rights and ethics]. Moscow, MEDpress-inform, 2008, 848 p. (in Russian).

6. Zimmel' G. *Logos*, 2002, no. 3, pp. 1–12 (in Russian).

7. Laun B. *Uterjannoe iskusstvo vrachevanija* [The lost art of healing]. Moscow, Kron-Press, 1998, 272 p. (in Russian).

8. Shishkin S.V., *Besstremjannaja G.E., Krasil'nikova M.D., Ovcharova L.N., Chernec V.A., Chirikova A.E., Shilova L.S. Rossijskoe zdravoohranenie: oplata za nalichnyj raschet* [The Russian healthcare: a cash payment]. Moscow, Nezavisimyj institut social'noj politiki, 2004, 196 p. (in Russian).

UDC 316.4

FEATURES OF INTERACTION OF A DOCTOR AND A PATIENT AT THE SYSTEM OF RURAL MEDICAL SERVICE

Antonova Natalya Leonidovna,
Ural Federal University
named after the First Russian President
B.N. Yeltsin,
Institute of Social and Political Sciences,
the Chair of Theory and History
of Sociology,
Doctor of Sociological Sciences,
Associate Professor,
Yekaterinburg, Russia.
E-mail: n-tata@mail.ru

Kleymenov Mikhail Vyacheslavovich,
Ural Federal University
named after the First Russian President
B.N. Yeltsin,
Institute of Social and Political Sciences,
Master of Sociology,
Yekaterinburg, Russia.
E-mail: k-mihaell@mail.ru

Annotation
The article presents the model of a doctor and a patient interaction. This model is based on the results of sociological study in Dalmat district of Kurgan region. The authors, guided by R. Veatch ideas, allocate four models of interaction: collegial, paternalistic, engineering and contract. The leading position, according to villagers opinion, is at collegial model, based upon partner interaction of a doctor and a patient.

Key concepts:
interaction,
medical service,
village,
patient,
doctor.