

К. М. Пацеева, Е. Г. Скуратович
МОДЕЛИРОВАНИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ В СОВРЕМЕННОЙ БЕЛОРУССКОЙ МЕДИЦИНЕ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В. М. Гриб
1-я кафедра внутренних болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

К. М. Patseeva, E. G. Skuratovich
THE MODELING OF “DOCTOR – PATIENT” RELATIONSHIP IN MODERN BELARUSIAN MEDICINE

Tutor: PhD in Medical sciences V. M. Hryb
1st Department of Internal Diseases
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В работе были исследованы разные модели взаимодействий врачей с пациентами с целью выявить наиболее приемлемую и благоприятную для населения, а также определить актуальность традиционной патерналистской модели. Результаты получены на основе анкетированного опроса пациентов и медработников.

Ключевые слова: медицинская этика и деонтология, отношения врачей и пациентов, патернализм.

Resume. Different models of “doctor-patient” interactions were investigated in this work in order to identify the most acceptable and favorable for the population, as well as to determine the relevance of the traditional paternalistic model. The results are obtained with the help of questionnaire survey of patients and doctors.

Keywords: medical ethics and deontology, “doctor-patient” relations, paternalism.

Актуальность. Взаимоотношения между врачами и пациентами развиваются столько же, сколько и сама медицина. Отношение к медицине и медицинским работникам менялось из поколения в поколение. В советской медицине (наследницей которой является и белорусская медицина) четко доминировала патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента.

Слово “патернализм” происходит от латинского «pater», отец. В контексте био-медицинской этики патернализм подразумевает действие без согласия (или даже вопреки желаниям) пациента, с тем, чтобы принести пользу или предотвратить причинение ему вреда. Здесь присутствует два элемента: отсутствие/не принятие согласия пациента и милосердный мотив (цель врача - благополучие пациента). В конце XIX века психоаналитики З. Фрейд и Й. Брейер впервые указали на важность коммуникации и установления доверия между врачом и пациентом. Психологические теории, предложенные Фрейдом и Брейером, были подхвачены психиатрами Томасом Сасом и Марком Холлендером, которые в 1956г. предложили 3 модели взаимодействия докторов с пациентами: модель «активности-пассивности», «опекунства-сотрудничества» и «активного участия» [1,6]. Роберт Витч, профессор медицинской этики, в конце XX века также выделил 4 типа взаимодействий врачей с пациентами: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную, контрактную. С точки зрения Витча, эти модели неравноценны по своему моральному значению и представляют

собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной - контрактной [7].

Сегодня мы живём в мире развивающихся технологий, где людям доступна практически любая информация. Вследствие этого в современном обществе люди меньше доверяют медикам, предпочитая заниматься самолечением. В глазах многих медицина приобретает черты сферы услуг, где пациенты, являясь «заказчиками», стараются максимально контролировать процесс лечения. В странах с традиционно сильной демократией сегодня активную позицию занимает модель «взаимного участия», где врач и пациент практически равноправны и разделяют ответственность за исход лечения. В странах постсоветского пространства, в частности в Республике Беларусь, законодательно внесены изменения, дающие право пациенту на получение медицинской информации, требующие его согласие на проведение медицинского вмешательства и т.д. (Статьи 41,42,44-46 Закона РБ «О здравоохранении»; Статьи 15-17,21,22 Кодекса врачебной этики РБ, 1999г; Постановление МЗ РБ № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии» от 07.08.2018г). В то же время, не было найдено данных о том, как пациенты и сами врачи относятся к новому типу взаимоотношений.

Цель: На примере одной из крупных клиник г. Минска путем проведения анкетирования определить тип (модель) современных взаимоотношений между пациентами и врачами.

Задачи:

1. Ознакомиться с историей развития взаимоотношений между врачом и пациентом
2. Изучить разные модели взаимоотношений «врач-пациент»; ознакомиться с понятием «патернализм», определить положение данной модели в белорусской медицине
3. Изучить нормативно-правовые документы Республики Беларусь, касающиеся прав и обязанностей врачей и пациентов
4. Провести исследование методом опроса пациентов и врачей городской клинической больницы и проанализировать полученные данные

Материалы и методы. В ходе работы использовались следующие методы: изучение отечественных и зарубежных литературных источников, освещающих возникновение, историческое развитие и особенности разных моделей взаимоотношений «врач-пациент»; изучение действующих нормативно-правовых документов Республики Беларусь, затрагивающих вопросы медицинской этики и деонтологии (Закон № 2435-ХІІ «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г., Кодекс врачебной этики Республики Беларусь, 1999г., Постановление МЗ РБ № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии» от 7 августа 2018г.). Материалы для исследования были получены методом анкетирования по оригинальным, специально составленным анкетам (Рис.1). Анкеты для пациентов и врачей были аналогичными, за исключением вопроса о возрасте, который для врачей был заменен на стаж работы. В анкетировании приняли участие 257 человек разных возрастных и социальных категорий, среди которых пациенты, находившиеся на лечении в 10 городской клинической больнице г. Минска, а также врачи этой клиники.

Медицинский патернализм. Этика и деонтология врача.

Пожалуйста, ответьте на вопросы ниже, основываясь на своих убеждениях. Ваши ответы очень важны для нашего исследования.

Пожалуйста, укажите Ваш пол

- 1) Ж
- 2) М

Пожалуйста, укажите Ваш возраст

- 1) 0-20
- 2) 20-40
- 3) 40-60
- 4) 60 и старше

Считаете ли Вы необходимым оглашение пациенту поставленного диагноза, в т.ч. деталей заболевания

- 1) Да, считаю, что врач обязан это сделать, даже если пациент не спросил об этом
- 2) Да, считаю, что врач обязан это сделать, но только если пациент спросил об этом
- 3) Нет, в этом нет смысла, т.к. пациент не имеет медицинского образования

Считаете ли Вы, что пациент должен получать информацию, даже заведомо неприятную (например, наличие тяжелого и/или неизлечимого заболевания)?

- 1) Да, лучше знать все как есть
- 2) Да, но получить эту информацию в обтекаемой (смягченной) форме
- 3) Нет, об этом лучше ничего не знать

Считаете ли Вы необходимым обсуждение врача с пациентом хода лечения болезни, в т.ч. назначение тех или иных лекарственных средств?

- 1) Да, считаю, что врач обязан это сделать, даже если пациент не спросил об этом
- 2) Да, считаю, что врач обязан это сделать, но только если пациент спросил об этом
- 3) Нет, в этом нет смысла, т.к. большинство пациентов не имеют медицинского образования

Какие отношения между врачом и пациентом, на Ваш взгляд, правильные?

- 1) Равноправные (врач согласует с пациентом все свои действия по обследованию и лечению его заболевания)
- 2) Врач полностью доминирует (пациент полностью доверяет доктору, не требуя с него посвящения во все детали обследования и лечения)
- 3) Врач доминирует, но согласует с пациентом наиболее важные (с его точки зрения) вопросы

С Вашей точки зрения, от кого в большей степени зависит успех лечения?

- 1) От врача
- 2) От пациента
- 3) В равной степени от обоих
- 4) Другое: _____

Рис. 1 – Анкета для пациентов

Результаты и их обсуждение. В опросе приняло участие 257 человек: 220 пациентов и 37 врачей. 2/3 опрошенных составляли женщины, 1/3 мужчины. Участники были разделены на группы согласно их возрасту (стажу работы). (См. анкету – рис.1)

Из таблицы 1. видно, что как пациенты, так и врачи практически одинаково настроены на информирование пациента по заболеванию. Однако если говорить о заведомо неприятной информации (тяжелое/неизлечимое заболевания), то мнения пациентов и врачей разделились (Таблица 2).

Полную, даже заведомо неприятную информацию готовы получить только половина из опрошенных пациентов. Еще в меньшей степени (24,3%) готовы предоставить эту информацию пациентам их врачи.

Табл. 1. Оглашение диагноза, деталей болезни

Считаете ли Вы необходимым оглашение пациенту поставленного диагноза, в т.ч. деталей заболевания?		
	пациенты	врачи
Да, даже если пациент не спросил об этом	163 (74,1%)	30 (81,1%)
Да, только если пациент спросил об этом	51 (24,1%)	7 (18,9%)
В этом нет смысла, т.к. большинство пациентов не имеют мед.образования	6 (2,8%)	-

Табл. 2. Получение/сообщение неприятной информации

Считаете ли Вы, что пациент должен получать информацию, даже заведомо неприятную (например, наличие тяжелого/неизлечимого заболевания)?		
	пациенты	врачи
Да, лучше знать все как есть	116 (52,7%)	9 (24,3%)*
Да, но получить/предоставить эту информацию в смягченной форме	99 (45%)	16 (43,2%)
Нет, об этом лучше ничего не знать	5 (2,3%)	-
Пусть это сделает соответствующий специалист	-	12 (32,5%)

* статистически значимое различие $p < 0,05$

При этом значительная часть пациентов, а также врачей, считает правильным представление такого рода информации в смягченной форме. В то же время каждый третий врач считает, что подобные сведения должен представлять соответствующий специалист (например, онколог).

Табл. 3. Обсуждение хода лечения болезни.

Считаете ли Вы необходимым обсуждение врача с пациентом хода лечения болезни, в т.ч. назначение тех или иных лекарственных средств?		
	пациенты	врачи
Да, даже если пациент не спросил об этом	137 (62,2%)	19 (51,4%)
Да, только если пациент спросил об этом	61 (27,8%)	16 (43,2%)
В этом нет смысла, т.к. большинство пациентов не имеют мед.образования	22 (10%)	2 (5,4%)

Обсуждать подробно ход лечения болезни настроены более половины пациентов и половина врачей (таблица 3). При этом значительная часть врачей (43,2%) считают это возможным, если только пациент их об этом попросит.

Табл. 4. Наиболее приемлемая модель отношений

Какие отношения между врачом и пациентом, на Ваш взгляд, правильные?		
	пациен- ты	врачи
Врач полностью доминирует	16 (7,3%)	4 (10,8%)
Врач доминирует, но согласует с пациентом наиболее важные вопросы	117 (53,2%)	20 (54,1%)
Равноправные	87 (39,5%)	13 (35,1%)

Результаты опроса, отраженные в таблице 4, показали практически единство мнений между врачами и пациентами, кто должен быть «главным». Большинство высказалось за то, что врач должен доминировать, но обсуждать с пациентом наиболее важные вопросы. При этом все же примерно третья часть пациентов и врачей высказалась за равноправные отношения. С другой стороны, эти результаты несколько про-

тиворечат ответу на вопрос о том, от кого зависит успех лечения, где в подавляющем большинстве (80%) респондентов ответили, что от обоих.

Надо отметить, что полученные данные существенно зависели от возраста пациентов. Примечательно, что люди старше 40 лет и пожилые чаще выбирали патерналистскую модель. Что касается молодежи, то 66% от всех опрошенных в возрасте до 20 лет выбрали автономную (равноправную) модель, в остальных группах эта цифра значительно меньше.

Интересные различия по предпочтению определенной модели отношений отмечались в зависимости от пола пациентов: в группе мужчин присутствует явная симпатия к модели ослабленного патернализма (около 60% мужчин) по отношению к двум другим. Что касается группы женщин в целом, явной склонности к определенному типу взаимоотношений в ней выявлено не было, мнения разделились примерно поровну.

Среди врачей наибольшая доля готовых сообщать пациенту о диагнозе в деталях лишь после его просьбы - в группе имеющих стаж свыше 15 лет (25%); в других группах доля таких респондентов не превышает 12%. Что касается вопроса о наилучшей модели, то абсолютно все врачи, которые выбрали строгие патерналистские отношения, имеют стаж свыше 10 лет. Возможно, для них эта модель более привычна, и все же больше половины врачей высказались за модель ослабленного патернализма – и это в основном молодые врачи, имеющие стаж до 10 лет.

Выводы: результаты исследования показали, что патерналистские взгляды в белорусской медицине остаются наиболее привлекательными. В то же время молодое поколение отдает предпочтение демократизации отношений врачей и пациентов, вследствие чего традиционная патерналистская модель теряет свою строгость, приобретая черты равноправной модели. В ходе исследования была выявлена высокая активность современных пациентов, желание тесно взаимодействовать с врачами, быть активными участниками процесса лечения. Со стороны врачей также наблюдается готовность к сотрудничеству, к посвящению пациентов в процесс лечения, возлагая на них большую ответственность за состояние собственного здоровья.

Государственные нормативно-правовые акты, затрагивающие данный вопрос, защищают права пациентов и законодательно подкрепляют процесс демократизации взаимоотношений в медицинской сфере.

Литература

1. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship / R. Kaba, P. Sooriakumaran // International Journal of Surgery Volume 5, Issue 1, February 2007, Pages 57-65
2. Сорокина Т.С. Атлас истории медицины [Текст] : Первобытное общество: Древний мир: Учеб. пособие для студ. мед. ин-тов / Т. С. Сорокина. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Изд-во УДН, 1987. - 168 с.
3. Сорокина Т.С. Атлас истории медицины: Новое время (1640-1917) [Текст] : Учеб. пособие для студ. / Т. С. Сорокина. - М. : Изд-во ун-та дружбы нар., 1987. - 168 с.
4. Закон Республики Беларусь N 2435-XII «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. (в ред. Законов Республики Беларусь от 11.01.2002 N 91-3, от 29.06.2006 N 137-3, от 20.07.2006 N 162-3, от 14.06.2007 N 239-3)
5. Кодекс врачебной этики Республики Беларусь: утв. приказом МЗ РБ №137 от 3.02.99 г.,