

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ КОММУНИКАЦИИ

Бузина Т.С.¹, Бузин В.Н.², Ланской И.Л.³

¹ Бузина Татьяна Сергеевна

доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии, заместитель декана факультета клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Дегагатская, д. 20, стр. 1, Москва, 127473, Россия. Тел.: 8 (495) 609-67-00.

E-mail: tbuzina@gmail.com

² Бузин Валерий Николаевич

доктор социологических наук, главный научный сотрудник; федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Добролюбова, 11, Москва, 127254, Россия. Тел.: 8 (495) 619-00-70.

E-mail: bousine@gmail.com

³ Ланской Игорь Львович

Советник Министра Здравоохранения Российской Федерации с 2013 по 2017 г.г.

Аннотация. Статья посвящена проблеме выявления зон неудовлетворенности при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. Конечный результат лечения определяется не только профессионализмом врача, но и психологическими и социальными факторами, обеспечивающими включенность пациента в лечебный процесс. Изменение роли врача и пациента в современном обществе требует активного изучения всех факторов, связанных как с процессами, происходящими в самой отрасли, так и с общими трансформационными закономерностями общества постмодерна. Признание активной роли пациента в лечебном процессе меняет парадигму распространенной патерналистской модели в медицинских коммуникациях и требует изучения психологических факторов, обуславливающих поведение пациента в условиях заболевания. В основе представленного исследования лежала рабочая гипотеза о том, что врачи и пациенты в совместном общении придерживаются различных моделей взаимодействия, и это влияет на степень удовлетворенности обеих сторон от взаимодействия, а также на меру конфликтности при взаимоотношениях. Подчеркивается, что в лечебном процессе и пациент, и врач являются активными субъектами совместной деятельности, целью которой является приверженность лечению и выздоровление. Поэтому для обеспечения эффективности терапевтического альянса в диаде врач—пациент необходимо изучать представления пациента о болезни и здоровье, исследовать специфику коммуникации между врачом и пациентом с учетом психологических особенностей выделяемых целевых групп.

Ключевые слова: коммуникация; приверженность лечению; базовая модель взаимодействия; врач; пациент.

УДК 159.9:614.253.8

Библиографическая ссылка

Бузина Т.С., Бузин В.Н., Ланской И.Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 4. – С. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-2

Поступила в редакцию: 14.05.2020 Прошла рецензирование: 06.08.2020 Опубликована: 19.10.2020

На современном этапе развития медицины можно отметить ряд специфических особенностей. Появились эффективные методы лечения многих заболеваний, которые еще до недавнего времени считались неизлечимыми, а исход их — фатальным. Но с интенсивным развитием и усовершенствованием инструментальных и фармакологических методов лечения усложнились схемы терапии многих заболеваний, которые требуют от пациентов активного участия в лечебном процессе. Например, современная концепция лечения сахарного диабета 2-го типа определяется необходимостью пожизненного приема лекарственных препаратов и многоаспектного изменения образа жизни, включающего соблюдение принципов здорового стиля питания, адекватной физической активности, проведение самоконтроля гликемии, а также регулярное медицинское обследование с целью своевременного выявления и лечения поздних осложнений. По данным ВОЗ, невыполнение врачебных рекомендаций пациентами, страдающими хроническими заболеваниями, является глобальной медицинской проблемой, оказывающей существенное влияние на эффективность проводимого лечения, а также приводящей к серьезным экономическим последствиям в отношении потери времени, денег и усугубления течения болезни [4; 6; 7; 9; 10; 15; 16].

Особое значение невыполнение врачебных рекомендаций приобретает для так называемых социально значимых заболеваний. Характерным для этих болезней является то, что их возникновение и/или распространение в определяющей степени зависит от социально-экономических условий. К этой группе заболеваний отнесены туберкулез, гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе зависимость от алкоголя и наркотиков, злокачественные новообразования, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, болезни, характеризующиеся повышенным АД. У больных, страдающих этими заболеваниями, потребность в медицинской помощи возрастает по мере ухудшения их состояния и возникновения осложнений. Лечение и поддержка таких больных требует привлечения дополнительных средств и создает серьезную нагрузку не только на учреждения здравоохранения, но и на социальные службы общества.

Таким образом, перед медициной в настоящее время остро стоит не только проблема поиска новых и эффективных средств диагностики и лечения заболеваний, но и проблема обеспечения условий приверженности пациентов назначаемой терапии.

Для обозначения проблемы соблюдения или несоблюдения пациентом рекомендаций врача в 1950-х гг. прошлого столетия исследователями было предложено понятие «комплаенс» (от англ. compliance — уступчивость, податливость) и такие его производные, как «комплаентность» и «некомплаентность», относившиеся к оценке степени приверженности лечению. Однако термин «комплаенс» в большей степени определял поведение пациента лишь по отношению к назначенному медикаментозному лечению.

Позднее был предложен термин «приверженность» (от англ. adherence — соблюдение, следование). Согласно определению ВОЗ, под «приверженностью» понимают степень соответствия поведения пациента назначениям врача не только в отношении приема лекарственных препаратов, но и в отношении выполнения рекомендаций по питанию и/или изменению образа жизни. Данное понятие более точно описывает и подчеркивает взаимодействие врача и пациента в принятии решений, чем выражение идеи подчинения медицинским предписаниям, а также указывает на то, что пациент является активным участником лечебного процесса.

Все факторы, влияющие на выполнение пациентами врачебных рекомендаций, разделены на пять взаимодействующих между собой групп: социально-экономические; факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения; связанные с проводимой терапией; связанные с пациентом; связанные с состоянием пациента в данный момент. При этом подчеркивается, что ни один из них не является решающим [1; 2; 3; 11; 12; 13].

Таким образом, конечный результат лечения определяется не только профессионализмом врача, но и психологическими и социальными факторами, обеспечивающими включенность пациента в лечебный процесс. Признание активной роли пациента в лечебном процессе меняет парадигму распространенной патерналистской модели в медицинских коммуникациях и требует изучения психологических факторов, обуславливающих поведение пациента в условиях заболевания [1; 2; 3; 7; 11; 13].

Изменение роли врача и пациента в современном обществе требует активного изучения всех факторов, связанных как с процессами, происходящими в самой отрасли, так и с общими закономерностями изменений в обществе постмодерна.

Минздравом России была поставлена задача провести сбор и анализ информации, необходимой для разработки мероприятий (включая проведение коммуникативной кампании и тренингов для медицинских работников) по снижению конфликтного поля между врачами и пациентами при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. Перед исследователями были поставлены следующие задачи.

Задачи исследования:

- выявление зон неудовлетворенности (проблем пациентов и врачей, пробелов в оказании медпомощи) при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлиническом звене;
- выявление наиболее типичных конфликтов во взаимодействии по линии «врач — пациент»;
- выявление потенциала для снижения конфликтного поля в процессе оказания медицинской помощи, определение путей и механизмов улучшения процесса оказания медицинской помощи на различных уровнях;
- определение наиболее распространенных моделей взаимодействия врачей и пациентов, степени удовлетворенности ими, оценка потенциала для возникновения проблемных ситуаций, оценка возможностей для улучшения коммуникации;
- изучение представлений пациентов и врачей о своих правах и обязанностях;
- оценка пациентами и врачами существующих механизмов решения конфликтных ситуаций в процессе оказания медицинской помощи, а также механизмов обратной связи с пациентами;
- выявление наиболее острых вопросов со стороны пациентов в процессе оказания медицинской помощи, которые требуют разъяснения со стороны организаторов здравоохранения (например, порядки оказания медицинской помощи, права пациента, алгоритмы получения направления на госпитализацию и т. п.).

Методы и выборка исследования

Исследование было проведено компанией S-media количественными методами сбора социологической информации — с помощью массового опроса по количественной методологии с использованием формализованной анкеты. Общий объем выборочной совокупности количественного опроса составил суммарно 1313 респондентов (712 пациентов и 601 врач). Объем выборки в каждом из регионов обследования составил не менее 260 респондентов. География исследования: пилотные регионы по оперативному мониторингу и профилактике конфликтных ситуаций в сфере здравоохранения (Московская область, Ульяновская область, Томская область, Курская область, Саратовская область).

В основе исследования лежала рабочая гипотеза о том, что врачи и пациенты в общении между собой придерживаются различных моделей взаимодействия, и эти модели влияют на степень удовлетворенности обеих сторон от взаимодействия, а также на меру конфликтности при взаимоотношениях.

В качестве базовых моделей взаимодействия были приняты 4 теоретические модели: инженерная, контрактная, коллегиальная и патерналистская. Они были разработаны американским биоэтиком Робертом Витчем [14].

Поскольку иногда в литературе встречаются некоторые разночтения содержания данных моделей, то ниже приведем основные характеристики взаимодействия врача и пациента в рамках этих моделей.

Показатели инженерной модели

Медперсонал: ответственное отношение к здоровью пациента, наличие независимого мнения, отсутствие ориентации на общение с пациентом, отсутствие сопереживания пациенту.

Пациенты: терпимость к врачу, выполнение всего курса лечения, необщительность с врачом, принижение своего мнения.

Показатели патерналистской модели

Медперсонал: умение утешать пациента, ориентация на общение с пациентом, умение выслушивать и сопереживать пациенту, умение приказывать пациенту, умение быть авторитетом для пациента.

Пациенты: признание своей неграмотности в медицине, чувствительность к действиям врача, симпатия к душевному общению с врачом, признание авторитета врача над собой.

Показатели коллегиальной модели

Медперсонал: общительность, внимательность и сочувствие к пациенту, умение заставить пациента говорить о себе, умение убеждать в собственной правоте, умение побуждать пациента высказывать свое мнение.

Пациенты: выслушивание врача, умение убеждать врача, умение принимать советы и рекомендации врача, сопоставление врачебного и своего мнения, умение вести логичную беседу.

Показатели контрактной модели

Медперсонал: красноречие, убеждение в правильной ценовой политике фармацевтов, умение предлагать лекарства и услуги, сопоставление выгод врача и пациента.

Пациенты: самостоятельность в покупках лекарств и услуг, возможность отказаться от покупки платных медицинских услуг, риск дорогих платных лекарств и услуг, возможность найти выгоду от платных услуг и лекарств, умение вести торг при покупке.

В этой статье мы разберем подробно оценку характера взаимоотношений между врачом и пациентом.

Результаты и их обсуждение

Общая удовлетворенность отношениями в системе «врач—пациент» осуществлялась методом субъективного шкалирования по 10-балльной шкале. Врачи оценивали в баллах свои отношения со всеми пациентами, а пациенты должны были оценить отношения, сложившиеся у них с тем врачом, которого они посещают чаще всего в данной поликлинике.

Оказалось, оценки обеих сторон друг друга являются не только достаточно высокими, но и полностью совпадают. Так, врачи дали среднюю оценку взаимоотношениям в 8,3 баллов, и пациенты — в 8,3 балла. Затруднившись ответить на данный вопрос среди врачей было всего 2,5%, а среди пациентов — 0,9%.

Модели взаимодействия в системе «врач—пациент»

Для отнесения врачей и пациентов к сторонникам той или иной модели в анкете использовался ряд вопросов (как правило, с множественными вариантами ответов) с суждениями, характеризующими собственное поведение респондента и ожидаемое поведение его лечащего врача (в анкете пациента) или поведение большинства его пациентов (в анкете для врача).

За согласие с суждением, соответствующим одной из 4 моделей, респонденту присваивался 1 балл — всего можно было набрать 48 баллов (по 12 баллов по каждой модели). Все полученные баллы суммировались (из расчетов исключались выбросы на уровне до 2% и выше 98%) и рассчитывалась доля показателей каждой из моделей в общей сумме. Например, если респондент набирал 3 балла по модели 1, 8 баллов по модели 2, 10 баллов по модели 3 и 3 балла по модели 4, то его общая сумма баллов составила 24, т.е. доля по каждой модели — 13%, 33%, 42% и 13%.

Иными словами, поскольку при составлении анкеты были использованы вопросы с множественным выбором, а респонденты имели право выбирать любое количество подходящих им суждений, очевидно, что в результирующих данных невозможно выделить в чистом виде по одной предпочитаемой модели для каждого респондента, но эти модели «размыты» в его поведении и присутствуют в большем или меньшем объеме.

Полученные таким образом средние доли каждой модели в поведении врачей и пациентов приведены на рис. 1.

Сводные данные демонстрируют, что «коллегиальная» модель взаимодействия более всего близка обеим сторонам взаимодействия, хотя врачи прибегают к ней даже чаще, чем пациенты (врачи — в 40,2% случаев, а пациенты — в 35,4%).

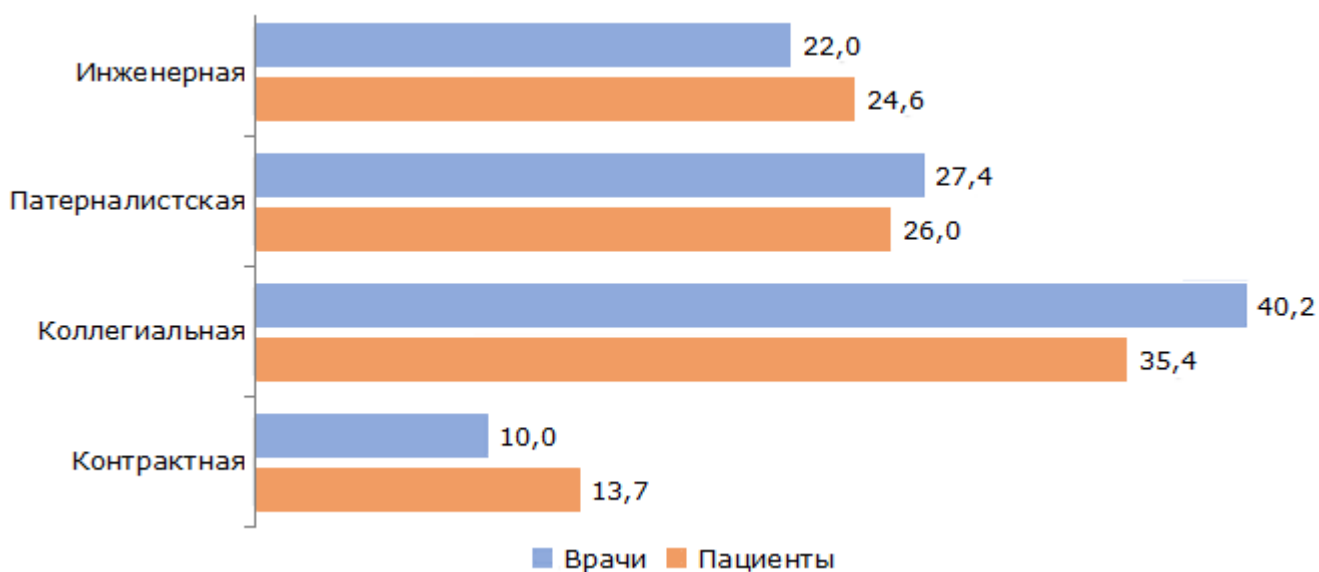


Рис. 1. Популярность различных моделей взаимодействия врача и пациента

Патерналистская и инженерная модели достаточно близки по степени распространенности.

Патерналистская модель имеет долю в 27,4% в общем объеме взаимодействия со стороны врачей и в 26,0% со стороны пациентов. Инженерную модель врачи используют в 22,0% случаев, а пациенты — в 24,6%.

Контрактная модель взаимодействия в сфере медицинского обслуживания наименее распространена. Она имеет место всего в 10,0% случаев со стороны врачей и в 13,7% случаев со стороны пациентов.

Надо отметить, что данные о представленности коммуникативных моделей в разных исследованиях отличаются друг от друга, что зачастую обусловлено как кросскультуральными различиями, так и методами формирования и объёмами выборки [5].

Далее рассмотрим, насколько уровень лояльности медицинской организации по индексу NPS¹ [7] зависит от тех моделей поведения, которых придерживаются пациенты (табл. 1).

Таблица 1

Уровень лояльности медицинской организации в зависимости от модели поведения

	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Средний балл	6,6	6,7	8,0	8,3
Критики	48,4	43,3	24,3	20,5
Нейтральные	24,2	28,7	23,2	22,4
Сторонники	27,4	28,1	52,4	57,1
Индекс лояльности	-21,0	-15,2	28,1	36,6

Отметим, что уровень лояльности медицинской организации заметно зависит от того, какой модели поведения придерживается пациент: у тех, кто склоняется в сторону инженерной и контрактной моделей, индекс NPS отрицательный (т.е. доля «критиков» перевешивает — -21 пункта и -15,2 пунктов соответственно).

Среди пациентов, которые придерживаются коллегиальной и патерналистской моделей поведения, лояльность поликлинике значительно увеличивается (индекс NPS переходит в положительную зону и достигает значений +28 пунктов и +36,6 пункта при патерналистской модели).

На повышении уровня лояльности врачу, как и в случае с лояльностью медицинской организации в целом, положительно сказывается следование патерналистской и коллегиальной моделям поведения (табл. 2).

Таблица 2

Лояльность лечащему врачу в зависимости от модели поведения

	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Средний балл	6,8	7,1	8,3	8,6
Критики	43,5	33,1	18,9	16,2
Нейтральные	25	34,3	23,2	19,5
Сторонники	31,5	32,6	57,8	64,3
Индекс лояльности	12	0,5	38,9	48,1

Самый высокий индекс лояльности врачу у тех пациентов, которые склонны придерживаться патерналистской модели поведения при взаимодействии с врачом. Он составляет +48,1 пункта.

Далее рассмотрим, как врачи, которые придерживаются различных моделей поведения, оценивают степень конфликтности своих пациентов (табл. 3).

Таблица 3

Оценка уровня конфликтности врачами пациентов в зависимости от модели поведения

Как бы Вы оценили уровень «конфликтности» пациента во время вашего последнего приема — по шкале от 1 (низкий) до 10 (высокий)?	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Средний балл	4,7	4,4	3,7	4,0

Можно отметить, что наименее конфликтными оценивают своих пациентов врачи, которые придерживаются коллегиальной модели: конфликтность по шкале от 1 до 10 оценивается ими на 3,7 балла.

А вот относительно высокую степень конфликтности пациентов отмечают врачи, которые следуют инженерной модели поведения (4,7 балла).

Рассмотрим наличие конфликтов между врачами и пациентами в зависимости от тех моделей поведения, которых придерживаются и те, и другие (табл. 4).

Таблица 4

Наличие конфликтов в зависимости от моделей поведения, которых придерживаются врачи

Типология по наличию жалоб, конфликтов	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Не было жалоб, конфликтов	44,9	53,9	56,1	61,6
Было 1-2 случая	42,7	38,8	37,9	30,3
Было более 3 случаев	12,4	7,3	6,1	8,1

Чаще других об отсутствии конфликтов/жалоб за последний год сообщали врачи, придерживающиеся патерналистской парадигмы в общении с пациентами (61,6%), а также коллегиальной (56,1%). А чаще всего конфликтовали врачи, для которых ведущей в общении с пациентами является инженерная модель: у 12,4% было более 3 случаев жалоб/конфликтов, еще у 42,7% — по 1-2 эпизода. Что касается пациентов (табл. 5), то наименее конфликтными показали себя также те, кто придерживается патерналистской и коллегиальной моделей взаимодействия с врачом (85,7% и 82,2%).

Таблица 5

Наличие конфликтов в зависимости от моделей поведения пациентов

Типология по наличию жалоб, конфликтов	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Не было жалоб, конфликтов	75,8	71,9	82,2	85,7
Было 1-2 случая	18,5	20,2	15,1	11,4
Было более 3 случаев	5,6	7,9	2,7	2,9

Соответственно, конфликтное поведение чаще встречается у пациентов — сторонников инженерной и контрактной моделей взаимодействия (24,2% и 28,1%).

Рассмотрим также общую степень удовлетворенности отношениями в системе врач — пациент в зависимости от различных моделей поведения (табл. 6).

Таблица 6

Степень удовлетворенности пациентов и врачей в зависимости от моделей

	Модель отношений врач/пациент			
	Преобладает инженерная модель	Преобладает контрактная модель	Преобладает коллегиальная модель	Преобладает патерналистская модель
Пациенты Как бы Вы оценили отношения с вашим лечащим врачом, которого вы чаще всего посещаете, в этой поликлинике — по шкале от 1 (плохие) до 10 (хорошие)? Средний балл	8,3	7,2	7,6	8,9
Врачи Как бы Вы оценили в целом Ваши отношения с пациентами — по шкале от 1 (плохие) до 10 (хорошие)? Средний балл	7,8	8,4	8,5	8,5

Анализ оценок в разных подгруппах опрошенных показывает, что врачи чаще говорят о хороших взаимоотношениях, когда они работают опять же в патерналистской или коллегиальной парадигмах (8,5 балла).

Если анализировать ответы пациентов, то среди них также можно выделить тех, кто склонен более высоко оценивать свои взаимоотношения с лечащим врачом, и тех,

кто склонен занижать оценку. К более высокой оценке были склонны те пациенты, чьи отношения с врачом также укладываются в рамки патерналистской и коллегиальной моделей (8,9 и 7,6 балла).

Ухудшение взаимоотношений наблюдается среди тех, чьи отношения с врачами ближе к инженерной и контрактной моделям. Максимальная неудовлетворенность пациентов — в контрактной модели.

Для решения коммуникативных задач исследования рассмотрим отдельно некоторые из характеристик данных моделей. Проанализируем только те аспекты, которые пациентами и врачами воспринимаются различно (рис. 2).



Рис. 2. Взгляд пациентов на восприятие их врачами ²

Как видно из представленных данных, все-таки наиболее часто пациенты чувствуют, что врачи относятся к ним как к равноправным партнерам (в 29,9% случаев). Это одна из характеристик коллегиальной модели.

Практически с одинаковой частотой пациенты говорят о том, что, по их мнению, врачи воспринимают их как нуждающихся в помощи и опеке (одна из характеристик патерналистской модели) — 21,9%, а также как своих клиентов — покупателей медицинских услуг (одна из характеристик контрактной модели) — 19,8%.

Несколько другой взгляд дали врачи (рис. 3).

Так, они считают, что в восприятии пациентов превалирует характеристика контрактной модели. По мнению врачей, их воспринимают в большинстве случаев (58,1%) как специалистов, оказывающих не медицинскую помощь, а медицинские услуги.

С огромным отрывом по частоте распространения идут характеристики коллегиальной и инженерной моделей. Так, только в 14,8% случаев врачи считают, что пациенты воспринимают их как равноправных партнеров при обсуждении лечения, и в 14,7% случаев — как «рядовых работников большой системы здравоохранения».

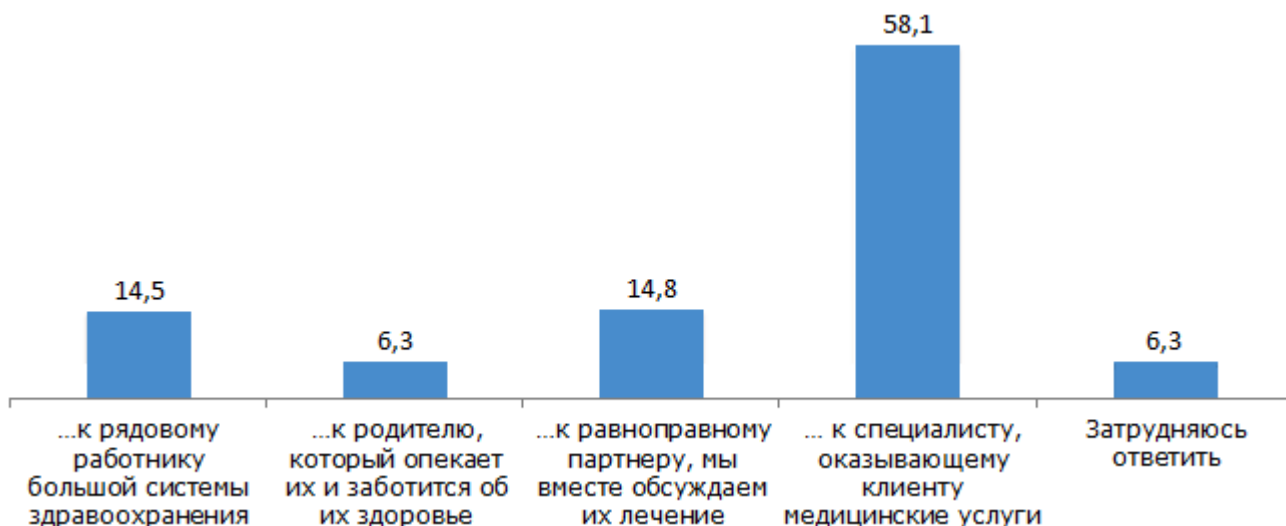


Рис. 3. Взгляд врачей на восприятие их пациентами³

Рассмотрим еще несколько характеристик, которые указывают на существенные различия в восприятии врачей и пациентов друг другом (рис. 4).



Рис. 4. Оценка линии поведения врачей⁴

Как видно из представленных данных, наиболее частая характеристика стратегии поведения врачей в глазах пациентов и самих врачей — *сотрудничество, которое направлено на достижение полного удовлетворения пациентом своих потребностей.*

Однако следует отметить, что врачи гораздо чаще, чем сами пациенты, дают такую характеристику своего поведения: в 80,5% случаев (против 61,1% у пациентов). С точки зрения врачей они ориентированы исключительно на сотрудничество с пациентами и на удовлетворение их потребностей вместе с реализацией своих задач как врача.

С большим отрывом следуют другие характеристики поведения врачей. Поиск компромисса (т.е. врач частично соглашается с предложениями пациента ради условного равенства) пациенты отметили только в 14,7% случаев. Врачи же сами считают, что они значительно реже идут на компромисс, частично соглашаясь с пациентом ради условного равенства с ним (в 7,5% случаях).

Отметим, что, по мнению пациентов, иногда (в 7,4% случаев) врачи вступают в «противодействие с пациентами» и ориентируются на свои, непонятные пациенту цели. Врачи же полагают, что они крайне редко вступают с пациентом в «противодействие», т.е. выполняют свои задачи как врача вне зависимости от того, что думает пациент относительно своего лечения (в 4% случаях).

Отметим расхождения в восприятии действий врача пациентами с оценкой тех же действий самими врачами (рис. 5). Так, например, пациенты гораздо чаще, чем сами врачи, отмечают, что последние не ориентированы на общение с ними, нацелены исключительно на физическое устранение заболевания (33,7% против 12,5%) и оказывают медицинскую помощь без какого-либо сочувствия болезненному состоянию пациента (46,6% против 28%).

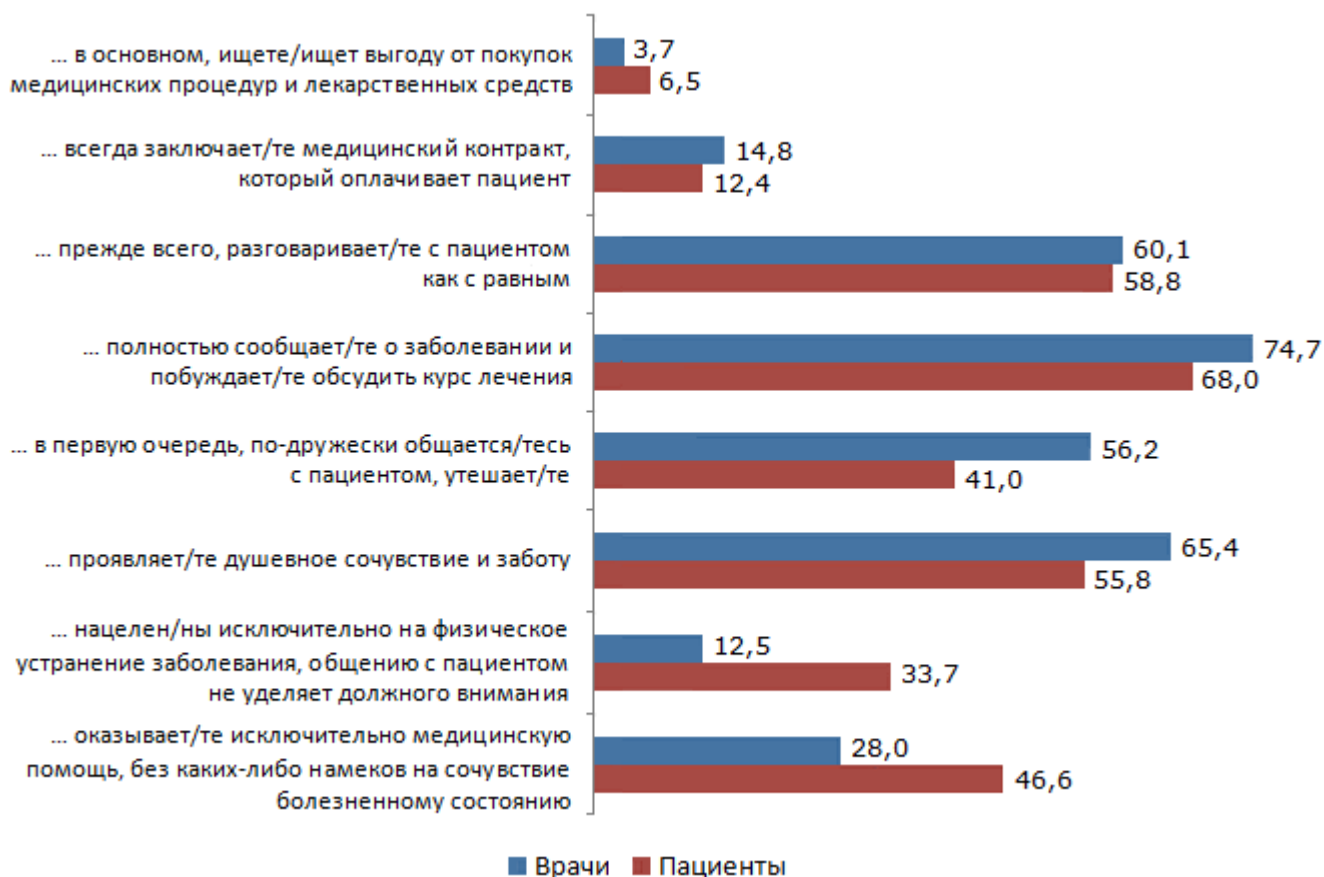


Рис. 5. Оценка различных действий врачей

Врачи же склонны преувеличивать свою «ориентацию на пациента». Так, по их мнению, они достаточно часто «по-дружески общаются с пациентом, утешают его» (в 56,6% случаях). Пациенты же реже чувствуют на себе такой подход врачей — в 41% случаев. Также пациенты гораздо реже ощущают заботу о себе, чем ее декларируют сами врачи (65,4% против 55,8%).

Рассмотрим еще несколько различий в восприятии аспектов взаимодействия в глазах пациентов и врачей в зависимости от коммуникативной модели, в которой они находятся (рис. 6).

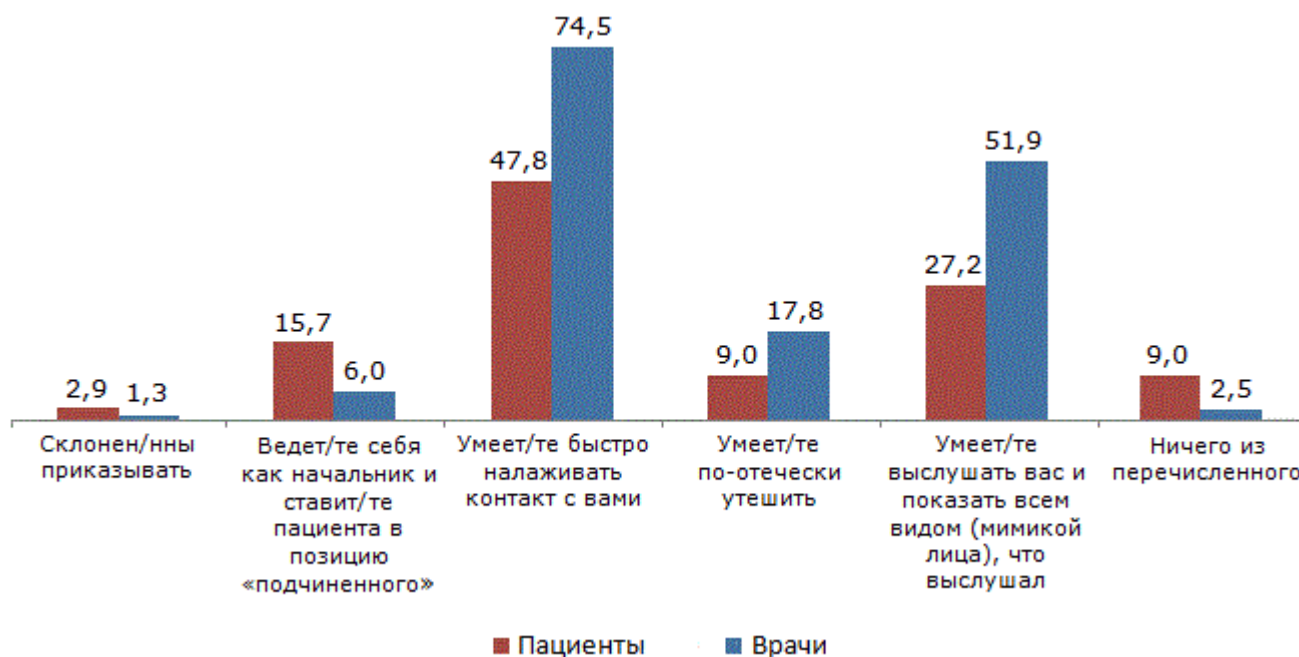


Рис. 6. Характеристики врачей в патерналистской модели поведения

Как видно из представленных данных, в патерналистской модели коммуникации врачи склонны полагать, что в подавляющем большинстве случаев они умеют быстро наладить контакт с пациентом (74,5%). Пациенты отмечают такое качество у врачей существенно реже (в 47,8% случаев).

Также гораздо чаще, чем пациенты, врачи отмечают свое умение выслушать мнение пациента (в 51,9% случаев против 27,2% случаев у пациентов).

Крайне редко, в отличие от пациентов, врачи отмечают, что умеют разговаривать с пациентом как «начальники», ставя его в позицию подчиненного (6,0% случаев). Напротив, пациенты такое качество врачей отмечают намного чаще (15,7% случаев).

Пациенты (рис. 7) часто отмечают, что полностью подчиняются врачу в плане выбора лечения (в 43,0% случаев). Примерно с такой же частотой это качество пациентов отмечают и врачи (в 46,8% случаях). В 26% случаев пациенты отметили, что принимают позицию подчиненного в отношении с врачом.

Если рассматривать оценки врачей по тем же самым характеристикам, то они существенно реже, чем пациенты, отмечают, что их пациенты принимают позицию подчиненного (в 11,3% случаев). Однако, по их мнению, часто стремятся с ними разговаривать (в 34,1% случаев). Что касается пациентов, то, по их оценке, они в два раза реже стремятся «поболтать» со своим врачом (в 17,8% случаев).

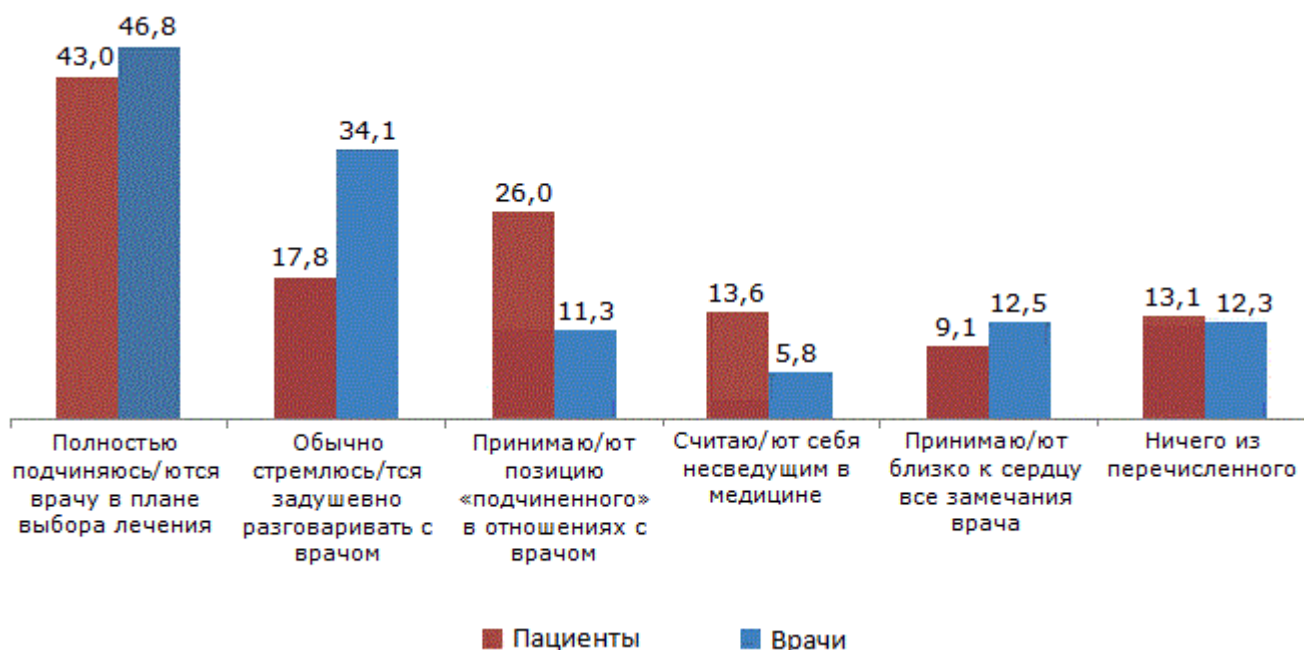


Рис. 7. Характеристики пациентов в патерналистской модели

Врачи, как и при оценке других характеристик, склонны преувеличивать свои коммуникативные способности. Так, в 72,7% случаев (рис. 8) они считают, что внимательны к самочувствию пациентов, а пациенты отмечают это качество врачей реже — в 51% случаях.

Также врачи полагают гораздо чаще пациентов, что они общительны (в 48,6% случаях против 30,9% случаев у пациентов), умеют убеждать в своей правоте (в 52,6% случаях против 24,4% случаев у пациентов).

Примечательным является то, что врачи намного чаще пациентов считают, что они дают возможность высказаться пациентам о своих тревогах и впечатлениях (52,7% случаев). Для сравнения — пациенты такую характеристику у своих врачей отметили только в 14,2% случаях.

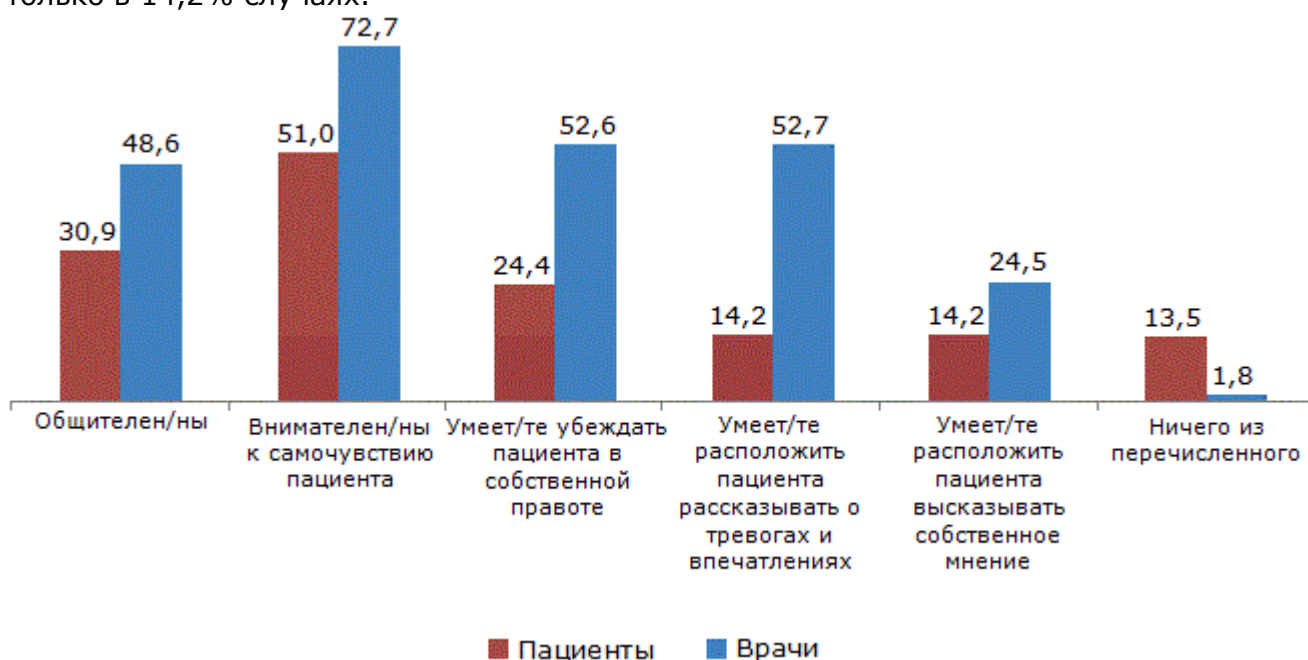


Рис. 8. Характеристики врачей в коллегиальной модели

В коллегиальной модели (рис. 9) только несколько характеристик пациентов воспринимаются по-разному ими самими и врачами.



Рис. 9. Характеристики пациентов в коллегиальной модели

Так, врачи чаще, чем сами пациенты, говорят о том, что те умеют поддерживать логичную и информативную беседу (37,4% против 27,8%). Также врачи чаще склонны полагать, что их пациенты сверяют их назначения со справочной информацией из интернета (31,9% против 19,9%).

В рамках инженерной модели (рис. 10) врачи гораздо чаще, чем пациенты, считают, что они ответственно относятся к здоровью своих пациентов (в 80,9% случаях). Пациенты же отмечают это качество врачей в 59,8% случаях. Врачи также в большей степени, чем пациенты, отмечают свою независимость от их мнения (в 30% против 22,5% у пациентов).

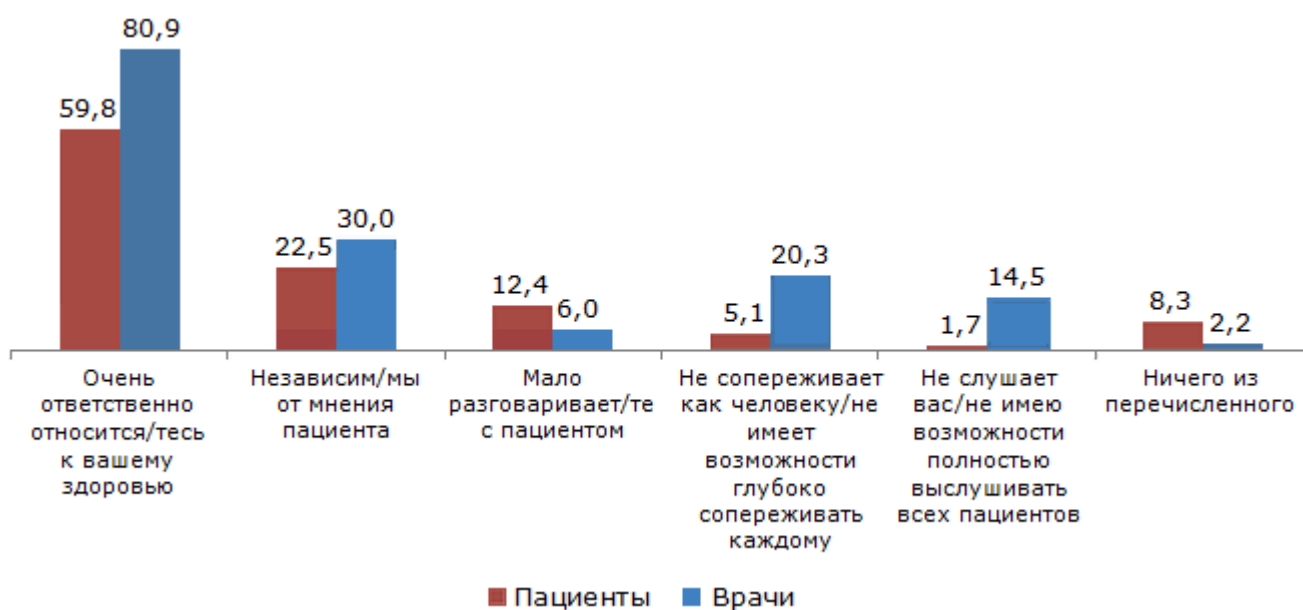


Рис. 10. Характеристики врачей в инженерной модели

Достаточно часто пациенты (рис. 11) говорят о том, что полностью выполняют указания и рекомендации врачей (в 57,9% случаев) и, несмотря на собственное мнение, принимают его точку зрения (28,2%).



Рис. 11. Характеристики пациентов в инженерной модели

Вместе с тем врачи придерживаются других оценок действий своих пациентов.

Они чуть в меньшей степени оценивают готовность пациентов выполнять все их указания и рекомендации (в 47,6% случаев) и гораздо чаще, нежели сами пациенты, считают, что последние, несмотря на собственное мнение, принимают точку зрения врача (в 44,8% случаев).

Вопрос о том, что пациентов не устраивает во взаимоотношениях с врачами, задавался всем респондентам, а не только тем, кто дал низкую оценку этим взаимоотношениям.

Основная зона неудовлетворенности (рис. 12) — это *равнодушие врачей к проблемам своих пациентов*. Отсутствие человеческого, теплого отношения и внимания со стороны врачей отметила почти половина участников опроса — 42,4% всех респондентов. Вероятно, под «проблемами», к которым равнодушны врачи, имелись в виду не только проблемы со здоровьем, но и любые другие проблемы, связанные с образом жизни, возможностями, текущей ситуацией и т.д.

На втором месте по частоте упоминаний *стоит хамство и грубость в отношении пациентов* — недовольство таким поведением врачей выразили 31,6% респондентов. Возможно, такое поведение со стороны врачей встречается не столь часто, однако если оно встречается, то настолько идет вразрез с представлениями о роли врача и ожиданием от него помощи, что вызывает резко негативную реакцию у пациента и надолго запоминается.

Столь же часто — в 31,6% ответов — пациенты указывали на *неготовность врачей подбирать лечение с учетом индивидуальных особенностей*, с учетом качества его жизни (т.е. стоимости лекарств, индивидуальных побочных явлений и т.п.).

С такой же частотой люди жаловались и на то, что врачи не желают объяснять пациентам все аспекты выбранного лечения, просто назначая те или иные лекарства и процедуры и ожидая от них простого выполнения назначений.



Рис. 12. Зоны неудовлетворенности пациентов при взаимодействии с врачами

О нехватке информации о выбранном курсе лечения заболевания упомянули 28,5% опрошенных (независимо от того, что у врачей может просто не хватать времени на осмотр, беседу, назначение и все объяснения в его плотном графике приема).

Каждый четвертый респондент (25,4%) высказывал недовольство тем, что, по его ощущениям, врачи стремятся заработать на проблемах своих пациентов.

Каждый десятый опрошенный (11,9%) испытывает негативные эмоции от того, что слышит из уст врачей браваду по поводу своих знаний и подчеркивание отсутствия специальных знаний у пациента.

Так же часто (в 10,4% ответов) пациенты жаловались на то, что врачи не готовы слышать пожелания (или рекомендации) пациента, совместно с ним выработать решения по лечению или хотя бы согласовывать с ним свои решения.

Стоит обратить внимание на то, что пациенты, придерживающиеся патерналистской и коллегиальной моделей взаимодействия, реже высказывали недовольство по всем предложенным вариантам ответа на вопрос. В то время как от сторонников инженерной и особенно контрактной модели негатива исходило значительно больше.

Со стороны врачей (рис. 13) основная претензия к пациентам полностью «отзеркаливает» мнение пациентов о врачах. В первую очередь врачи жалуются на хамство и грубость пациентов по отношению к медицинским работникам, и это поведение задает чувства более половины врачей (56,2%).

Безответственное отношение населения к своему здоровью — еще одна крайне важная конфликтная зона, с которой врачи по долгу службы сталкиваются ежедневно. Эта безответственность вызывает раздражение у половины опрошенных врачей (54,1%), т.к. им приходится иметь дело с ее последствиями и нередко бороться с ней, чтобы достичь успешных результатов лечения.



Рис. 13. Зоны недовольства врачей при взаимодействии с пациентом

Почти столь же часто врачи называют невыполнение пациентами предписанных рекомендаций (48,6%), что логически вытекает из общего отношения к здоровью. Как видно из представленных данных, на второе и третье место с точки зрения врачей выходят темы профессиональные, а не эмоциональные (как в случае с пациентами).

Достаточно часто — в каждом четвертом случае (25,8%) — врачи недовольны бравадой пациентов по поводу собственной информированности относительно своего заболевания, т.е. четверть всех опрошенных врачей все же не готовы к тому, чтобы пациенты становились участниками определения курса лечения. И столь же часто (в 22,1% ответов) врачей коробит недоверие пациентов квалификации врача.

Однако врачей «выводят из себя» не только те пациенты, которые хотят принимать активное участие в назначении лечения и «знают», что делать, но и те, которые, напротив, не готовы приложить свои усилия по совместной выработке согласованных решений по лечению. Пациенты такого рода вызывают возмущение каждого пятого опрошенного врача (19,6%). Такая безвольная позиция пациентов нередко предполагает завышенные ожидания от врача по излечению, которые далеко не всегда оправдываются. И с этими завышенными ожиданиями сталкивались не менее 19,0% врачей.

И на последнем месте в списке претензий врачей к пациентам стоит финансовая тематика, а именно неготовность пациентов оплачивать хорошее лечение, хорошие лекарства и обследования. Такой подход вызывает негатив у 8,0% врачей.

Заключение

Исследование показало, что уровень лояльности медицинской организации заметно зависит от того, какой модели поведения придерживается пациент: у тех, кто склоняется в сторону инженерной и контрактной моделей, индекс лояльности отрицательный. Среди пациентов, которые придерживаются коллегиальной и патерналистской моделей поведения, лояльность поликлинике значительно выше. На

повышении уровня лояльности врачу, как и в случае с лояльностью медицинской организации в целом, положительно сказывается следование патерналистской и коллегиальной моделям поведения. Чаще всего конфликтовали врачи, для которых ведущей в общении с пациентами является инженерная модель. Среди пациентов конфликтное поведение чаще встречается у сторонников инженерной и контрактной моделей взаимодействия. Максимальная неудовлетворенность пациентами отношениями с врачами характерна для контрактной модели.

Важно отметить, что врачи считают, что пациенты в подавляющем большинстве случаев воспринимают их как специалистов, оказывающих не медицинскую помощь, а медицинские услуги, что может противоречить внутренним гуманистическим установкам на помощь людям. В то же время пациенты, говоря об их восприятии врачами, чаще всего чувствуют, что врачи относятся к ним как к равноправным партнерам.

Интересным, на наш взгляд, является расхождение в восприятии действий врача пациентами с их оценкой самими врачами. Пациенты гораздо чаще, чем сами врачи, отмечают, что последние не ориентированы на общение с ними, нацелены исключительно на физическое устранение заболевания, оказывают медицинскую помощь без какого-либо сочувствия болезненному состоянию пациента. Врачи же склонны преувеличивать свою ориентацию на пациента. Врачи, как и при оценке других характеристик, склонны преувеличивать свои коммуникативные способности.

Основная зона неудовлетворенности во взаимоотношениях с медицинским персоналом со стороны пациентов — это равнодушие врачей к проблемам своих пациентов. На втором месте по частоте упоминаний стоит хамство и грубость в отношении пациентов. Столь же часто ответы пациентов указывали на неготовность врачей подбирать лечение с учетом индивидуальных особенностей пациента, с учетом качества его жизни (т.е. стоимости лекарств, индивидуальных побочных явлений и т.п.). С такой же частотой люди жаловались и на то, что врачи не желают объяснять пациентам все аспекты выбранного лечения, просто назначая те или иные лекарства и процедуры и ожидая от них простого выполнения назначений.

Претензии врачей к пациентам только частично «отзеркаливают» мнение пациентов о врачах. Главная зона неудовлетворенности врачей во взаимоотношениях с пациентами — это хамство и грубость пациентов по отношению к медицинским работникам. Однако на второе и третье место с точки зрения врачей выходят темы профессиональные, а не эмоциональные (как в случае с пациентами). Безответственное отношение населения к своему здоровью — еще одна крайне важная конфликтная зона, она вызывает раздражение у половины опрошенных врачей, так как им приходится иметь дело с ее последствиями и нередко бороться с ними, чтобы достичь успешных результатов лечения. Почти столь же часто врачи в качестве недовольства отношениями в пациентами называют невыполнение предписанных рекомендаций.

Работа по нормализации коммуникаций должна вестись как с пациентским сообществом, так и с медицинским. Здесь необходимо подчеркнуть роль психологических служб в системе здравоохранения, которая до сих пор остается недооцененной: до сих пор не принят профессиональный стандарт медицинского психолога, финансирование медицинской психологии осуществляется по остаточному принципу, работа по оказанию медицинской помощи с участием медицинского психолога не оплачивается по ОМС, и ряд других проблем. Работа с пациентским сообществом должна вестись через СМИ не абстрактно, а через подготовку медицинских журналистов.

Только длительная систематическая работа в этом направлении позволит повысить удовлетворенность населения медицинской помощью.

Таким образом, в лечебном процессе и пациент, и врач являются активными субъектами совместной деятельности, целью которой является приверженность лечению и выздоровление. Для обеспечения эффективности терапевтического альянса в диаде врач—пациент необходимо изучать представления пациента о болезни и здоровье,

исследовать специфику коммуникации между врачом и пациентом с учетом психологических особенностей выделяемых целевых групп. В этой области можно выделить следующие направления исследований:

- клинико-психологические исследования целевых групп с выделением психологических факторов риска тех или иных заболеваний;
- клинико-психологические исследования разных групп пациентов;
- разработка эффективных моделей клинико-психологических интервенций в процессе профилактики, лечения и реабилитации;
- изучение психологических факторов профессиональной деятельности медицинского персонала;
- разработка эффективных моделей медицинской коммуникации.

Кроме того, на современном этапе развития общества и медицины становится очевидной необходимость стратифицированного изучения лечебного процесса в контексте более широкой социальной деятельности, включающей в себя социально-психологические аспекты формирования ценностной структуры общественного сознания и влияние медиапространства на формирование этой структуры с учетом целевых групп. А также анализировать межличностное общение врачей и пациентов с учетом динамики происходящих в социуме процессов.

Рефлексия динамики происходящих в социуме процессов, на наш взгляд, позволит отделить проблемы межличностного общения врачей и пациентов от проблем коммуникации, вызванных высокими темпами включения новых технологий в медицину.

Это должно снизить градус конфликтов, возникающих в здравоохранении как по вине пациентов, так и по вине медиков. В свою очередь, у представителей медиа, слетающих на каждый небольшой конфликт и раздувающих его до вселенских масштабов, станет меньше поводов для обвинения здравоохранения в различных недостатках, что позволит снизить уровень агрессии в обществе. Основным инструментом гуманизации в современном обществе должна быть работа, в которой гуманизм проявляется в практических формах помощи людям [8] на профессиональной основе, в профессиях врача, учителя, психолога и психиатра, где соединяется технология и искусство, рациональное действие с мировоззренческой установкой.

¹ Net Promoter Score, что дословно можно перевести как «чистый индекс промоутеров». Методика NPS как инструмент измерения клиентской лояльности была предложена в 2003 году Фредом Райхельдом. Индекс NPS рассчитывается как разница между процентным соотношением «промоутеров» и «критиков» и показывает уровень клиентской лояльности. Итоговая величина может изменяться от -100 (если 100% клиентов компании — «критики») до +100% (если все клиенты — «промоутеры»).

² Распределение ответов на вопрос: «Закончите предложение: «Врач относится ко мне, чаще всего, как...». Выберите наиболее подходящее, по Вашему мнению, из предложенных вариантов», в % от опрошенных пациентов.

³ Распределение ответов на вопрос: «Как бы вы оценили линию поведения вашего лечащего врача, которого вы чаще всего посещаете, при взаимодействии с вами как с пациентом», в % от опрошенных пациентов. Множественный выбор.

⁴ Распределение ответов на вопрос: «Как бы вы оценили вашу линию поведения при взаимодействии с пациентом», в % от опрошенных врачей. Множественный выбор.

Литература

1. Бузина Т.С., Бузин В.Н. Социально-психологические аспекты лечебного процесса // Профилактическая медицина. – 2018. – Т. 21, № 4. – С. 20–24.
2. Дуброва В.П. Размышления о врачебном искусстве, или социально-психологические факторы успешности деятельности врача // Медицина. – 1999. – № 3. – С. 8–29.
3. Климова О.Н., Русина Н.А., Косенко С.М. Проявление качеств личности, значимых для профессионализации врача на разных этапах его становления // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – № 3(32). – С. 9 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 13.05.2020).
4. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на западе // Социологические исследования. – 2002. – № 6. – С. 122–127.
5. Определение доминирующей модели взаимоотношений «врач–пациент» по Роберту Витчу / М.М. Книсарина, Г.У. Бекешова, Г.М. Ертукешова [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2020. – Т. 12, № 2(61) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 13.05.2020).
6. Попов В.В., Новикова И.А. Коммуникативная компетентность клинических ординаторов в рамках врачебной консультации // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 6(59) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 13.05.2020).
7. Райхельд Ф., Марки Р. Искренняя лояльность. Ключ к завоеванию клиентов на всю жизнь. – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012. – 352 с.
8. Решетникова Е.В. Гуманизм и проблемы его социализации в российском обществе // Фундаментальные исследования. – 2004. – № 5. – С. 69–71.
9. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006–2019): обзор социологических исследований / В.Н. Бузин, Ю.В. Михайлова, И.Ю. Чухриенко [и др.] // Профилактическая медицина. – 2020. – Т. 23, № 3. – С. 42–47.
10. Ainsworth-Vaughn N. Topic Transition in Physician-patient Interviews: Power, Gender and Discourse Change // Language in Society. – 1992. – Vol. 21, № 3. – P. 409–426.
11. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions / H.B. Beckman, K.M. Markakis, A.L. Suchman [et al.] // Archives of Internal Medicine. – 1994. – Vol. 154, № 12. – P. 1365–1370.
12. Fisher S., Groce S.B. Accounting Practices in Medical Interviews // Language in Society. – 1990. – Vol. 19, № 2. – P. 225–250.
13. Нак D., de Boer F. Formulations in First Encounters // Journal of Pragmatics. – 1996. – № 25. – P. 83–99.
14. Veatch R.M., Guidry-Grimes L.K. The Basics of Bioethics. – 4th Edition. – London: Routledge, 2019. – 324 p.
15. The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases / O. Drapkina, M. da Graça Freitas, B. Mikkelsen [et al.] // Public Health Panorama. – 2019. – Vol. 5, № 2-3. – P. 197–200.
16. World Health Organisation. Adherence to long-term therapies, evidence for action. – Geneva: WHO, 2003. – 212 p.

Doctor and patient: interpersonal communication

Buzina T.S.¹

E-mail: tbuzina@gmail.com

Buzin V.N.²

E-mail: bousine@gmail.com

Lanskoy I.L.³

¹ A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry
21/1 Delegatskaya street, Moscow, 127473 Russia
Phone: +7 (495) 609-67-00

² Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of
Ministry of Health of the Russian Federation
11 Dobrolubova street, Moscow, 127254 Russia
Phone: +7 (495) 619-00-70

³ Ministry of Health of Russian Federation

Abstract. The article is devoted to the problem of identifying areas of dissatisfaction with the provision of medical care in the outpatient section. The final result of treatment is determined not only by the doctor's professionalism, but also by psychological and social factors that ensure the patient's involvement in the treatment process. Recognition of the active role of the patient in the treatment process changes the paradigm of the widespread paternalistic model in medical communications and requires the study of psychological factors that determine the patient's behavior in the conditions of the disease. Changing the role of the doctor and the patient in modern society requires an active study of all aspects that cause these changes, factors related to both changes occurring in the industry and General patterns occurring in postmodern society. The presented study was based on the working hypothesis that doctors and patients adhere to different interaction models when communicating with each other, and these models affect the degree of satisfaction of both parties from interaction, as well as the measure of conflict in the relationship. It is shown that in the treatment process and the patient and the doctor are active subjects of joint activities, the purpose of which is the commitment to treatment and recovery, and to ensure the effectiveness of therapeutic Alliance in the dyad patient–doctor it is necessary to examine the patient view on sickness and health, to explore the specific communication between doctor and patient, taking into account psychological features of identified target groups.

Key words: communication; adherence to treatment; the underlying interaction model; doctor; patient.

For citation

Buzina T.S., Buzin V.N., Lanskoy I.L. Doctor and patient: interpersonal communication. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 4, p. 2. doi: 10.24412/2219-8245-2020-4-2 [in Russian, abstract in English].