

Горбунова О.Ю., Козырева Е.В.

Студенты

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

Научный руководитель: Волкова Татьяна Ивановна

Кандидат социологических наук, доцент

ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России

РЕФЛЕКСИВНЫЙ ПОДХОД К ФОРМИРОВАНИЮ ОПТИМАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ – ПАЦИЕНТ»

Аннотация: В статье рассматривается проблема взаимоотношений врача и пациента и пути разрешения конфликта с философской точки зрения. Философия – важнейший механизм формирования отношений «врач-пациент». Контекстом работы является тот факт, что в современном российском обществе и системе здравоохранения в процессе взаимодействия специалиста (врача) и пациента возникают многочисленные недопонимания, приводящие к конфликтам. Данные обстоятельства приводят к снижению качества лечения и увеличению количества осложнений. Для подтверждения своей гипотезы авторы используют как анализ теоретических источников, так и результаты конкретных эмпирических исследований.

Ключевые слова: взаимоотношение врач – пациент, модели взаимоотношений, паттернализм, рефлексия.

Gorbunova O.Y., Kozyreva E.V.

Students

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Supervisor of studies: Volkova Tatyana Ivanovna

Candidate of sociological sciences, assistant professor

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

A REFLEXIVE APPROACH TO THE FORMATION OF OPTIMAL DOCTOR–PATIENT RELATIONSHIPS

Abstract: *The article examines the issue of the doctor-patient relationship and how to resolve conflicts from a philosophical perspective. Philosophy is a crucial tool for establishing a successful doctor-patient connection. In today's Russian society and healthcare system, there are numerous misunderstandings between doctors and patients, leading to conflict. These issues can reduce the quality of care and increase the number of complications. To support hypothesis, the authors analyze both theoretical sources and empirical studies. They aim to provide a philosophical framework for understanding and resolving these conflicts.*

Keywords: *doctor-patient relationship, relationship models, paternalism, reflection.*

Проблема отношения «врач – пациент» является актуальной в условиях современной действительности, так как в настоящее время потребность человека в медицинской помощи возрастает. Это связано с влиянием различных факторов, среди которых ведущее место занимает технический прогресс. Он оказывает глобальное влияние на развитие науки, в том числе медицины, на уровень образованности людей, в частности, пациентов. В связи с этим, возникают конфликтные ситуации, в которых виновным в большинстве случаев оказывается врач, не нашедший верный «подход» к больному. Можно ли наладить контакт с пациентом? От чего будет зависеть выбор модели поведения в каждом конкретном случае? Как решить это вечное противостояние между врачом и пациентом?

Философия и медицина на первый взгляд две непохожие, но одновременно близкие и взаимосвязанные дисциплины. Они постоянно обращаются друг к другу, то превознося, то умаляя этот союз. Жизнь и

смерть являются неотъемлемой частью человеческого бытия и, чаще всего, именно здесь начинается и философия, и медицина. Именно в этих точках, и становится виден тот общий, объединяющий их фактор: у них один предмет – человек.

На протяжении многих веков в различных культурах и обществах формировалось множество видов взаимоотношений между врачом и пациентом. Американский специалист по биоэтике Р. Витч выделил пять моделей для этической медицины. Проанализировав их, Бартко и Михаловска-Карлова представили классификацию, согласно которой выделили следующие модели взаимоотношения врач-пациент: техническую (инженерную), сакральную (патерналистскую), коллегиальную и контрактную [1].

Инженерная (техническая) модель – для нее характерно восприятие пациента врачом как безличный механизм. Главной целью врача является изменение повреждений в данном механизме. Для этого он использует различные стандартные лабораторные и инструментальные методы диагностики. Главным минусом данного вида взаимоотношений является технический, безразличный и безучастный подход к больному, при котором не учитываются индивидуальные особенности болезни и права человека. Пациент не принимает личного участие в излечении. Ярким примером отрицательного влияния данной модели можно привести личностное отношение Ф. Ницше к больным: «Больной – паразит общества. В известном состоянии неприлично продолжать жить. Прозябание в трусливой зависимости от врачей и искусственных мер, после того как потерял смысл жизни, право на жизнь, должно вызывать глубокое презрение общества. Врачам же следовало бы быть посредникам в этом презрении, – не рецепты, а каждый день новая доза отвращения к своему пациенту...» [6, с. 110].

Патерналистская (сакральная) или пастерская модель, при которой врач ведет себя как отец (Бог), а пациент – ребенок (в подчиненном положении). При этом основой отношения к больному является любовь, сострадание, справедливость и внимательность, согласно клятве Гиппократова, который придерживался этой модели: «В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного» [2]. В то время врач был единственным, кто разбирался в предмете, обладал знаниями, выбирал методы диагностики и лечения. Уровень образования и культуры пациента был низок, поэтому он беспрекословно слушался врача, его интересы не учитывались.

Мы критикуем данную модель взаимоотношений, так как в современном обществе пациенты более грамотны и начитанны, их невозможно заставить сделать то, с чем они не согласны. Кроме того, одним из минусов патернализма является вероятность превращения взаимоотношений «врач – пациент» в отношения руководителя с подчиненным.

Коллегиальная модель, для которой характерно равноправие между врачом и пациентом строится на обоюдном доверии, при этом доктор рассказывает пациенту все о диагнозе, способах терапии, вероятных осложнениях и исходах болезни, а больной принимает участие в анализе данных, назначении лечения, имея свободу выбора. Однако такая гармония между врачом и пациентом в современной медицине встречается редко.

Недостатком данной модели является отрицательное влияние неграмотности пациента и характерных черт его психики на процесс лечения. Вследствие чего много времени затрачивается на объяснение медицинских аспектов понятным для больного языком, необходимо использовать сложные методы и тактики общения в диалоге с каждым пациентом. Может возникнуть ситуация, при которой пациент не согласен

с лечением, назначенным врачом, а при всех имеющихся в данный момент условиях другое невозможно.

Данная модель является наиболее целесообразной в условиях дружеских отношений между врачом и пациентом, а также в формате семейной медицины. Здесь можно привести пример З. Фрейда, по просьбе которого его личный врач и друг М. Шур ввел ему смертельную дозу морфия, чтобы положить конец мучительной боли. У Фрейда была обнаружена злокачественная опухоль на челюсти и правой стороне нёба, приносящая огромные страдания. Многочисленные операции не дали должного результата, но по воспоминаниям М. Шура, мысль о самоубийстве никогда не приходила Фрейду в голову, даже в пору тяжелых страданий. Он стремился продлить свою жизнь как можно дольше, однако хотел быть уверен, что его умирание не затянется. М. Шур писал, что он ввёл Фрейду подкожно морфий, когда началась агония, затем еще раз повторил инъекцию [3, с. 526].

Контрактная модель строится на отношениях между врачом, как поставщиком медицинской услуги, и пациентом, как получателем этой услуги, управляемое в соответствии с контрактом или свободным соглашением, заключаемым за вознаграждение, т.е. за определенные блага, которыми обмениваются. Если бы существовала только контрактная модель, то установились бы минимальные обязательства как со стороны врача – поставщика медицинской услуги, так и пациента – её получателя.

Договорная модель. Пациенты составляют договор на медицинское обслуживание с лечебно-профилактическим учреждением, например, посредством компаний страхования, или напрямую с врачом. Обе стороны при этом имеют свои обязательства и собственную выгоду. Данная форма взаимоотношения между врачом и пациентом защищает нравственные ценности личности, ограничивая ответственность каждой (примером может послужить согласие пациента на обработку персональных данных, в

соответствии с требованиями статьи 10 ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных» №152-ФЗ, которое каждый пациент подписывает перед оказанием ему медицинской помощи). Однако бывают ситуации, в которых договор не всегда возможно составить, сами пациенты зачастую не согласны подписывать какие-либо соглашения.

Анализируя рассмотренные модели отношений между врачом и пациентом, мы пришли к выводу, что они недостаточно эффективны в современных условиях, в фарватере научно-технического прогресса, инновационных медицинских технологий, иначе бы данной проблемы просто не существовало. Мы считаем, что необходима более эффективная модель, основанная на как договорных отношениях, так и умении анализировать, логически мыслить, рассуждать относительно колоссального потока информации, относительно диагностики и лечения, при этом объяснить всё пациенту на понятном ему языке. На наш взгляд такой моделью может быть *рефлексивная модель*. Поэтому целью нашего исследования является выявление оптимальной модели отношений «врач – пациент»

Для реализации поставленной цели авторами было проведено конкретное социологическое исследование с помощью метода анкетного опроса. В мае-июне 2024 г. было опрошено 201 человек: студентов медицинского университета и врачей г. Челябинска. Из них мужчин – 71 человек, женщин – 130. Молодых, до 30 лет – 91, среднего возраста (30-50 лет) – 59, пожилых (старше 50 лет) – 51 человек. Результаты исследования представлены в табл. 1-3.

Таблица 1

Осведомленность опрашиваемых респондентов относительно проблемы взаимоотношения «врач-пациент»

№	Варианты ответа	Абс.	%	Пол, %	
				Женский (n=131)	Мужской (n=70)
Существует ли в отечественной медицине проблема отношений «врач-пациент»?					
1.	Да	182	90,5	55,5	44,5
	Нет	19	9,5	100,0	0
	Затрудняюсь ответить	0	0	0	0

Таблица 1 показывает, что большая часть респондентов считают, что в современной отечественной медицине существует проблема отношений «врач – пациент». Среди женщин таких значительно больше, чем среди мужчин. Такое расхождение во мнениях женщин и мужчин, исходя из полученных данных, может быть связано с психологическими особенностями женщин-врачей, их более серьезным и продуманным отношением к пациентам, желанием построить оптимальные и эффективные модели.

Таблица 2

Средства и механизмы, необходимые для гармонизации отношений «врач-пациент» (по мнению опрошенных респондентов)

№	Варианты ответа	Абс.	%	Пол, %	
				Женский (n=131)	Мужской (n=70)
Что, по-Вашему, необходимо для гармонизации отношений «врач-пациент»?					
2.	Беспрекословное подчинение пациента врачу	86	42,8	50,0	50,0
	Получение пользы для пациента без нанесения вреда	173	86,1	69,9	30,1
	Лечить болезнь, а не человека	136	67,7	52,2	47,8

Делать акцент на техническую сторону работы врача, а не на человеческие факторы	67	33,3	46,3	53,7
Главное в отношениях – доверие	119	59,2	66,7	33,3
Главное в отношениях – контракт, а врач это поставщик медицинских услуг	55	27,4	90,9	9,1
Главное в отношениях – договор (т.е. серьезное моральное обязательство между врачом и пациентом)	154	76,6	52,6	47,4

Проблема поиска наиболее эффективной модели отношений «врач – пациент» является наиболее актуальной и злободневной в современной медицине. По мнению опрашиваемых респондентов, необходимы следующие средства и механизмы для гармонизации данных отношений (таблица 2): со стороны физиологии – получение пользы для пациента без нанесения вреда, что включает в себя подбор правильного медикаментозного, терапевтического и хирургического лечения. А со стороны психолого-философского аспекта необходимым средством для нормализации и согласования отношений является договор, т.е. серьезное моральное обязательство между врачом и пациентом.

Таблица 3

**Необходимые профессиональные и личностные качества врача
(по мнению опрашиваемых респондентов)**

№	Варианты ответа	Абс.	%	Пол, %	
				Женский (n=131)	Мужской (n=70)
Какими качествами должен обладать лечащий врач?					
3.	Высокий уровень образования	158	78,6	63,9	36,1
	Профессиональная компетентность	201	100,0	65,2	34,8

Опыт работы	115	52,2	79,1	20,9
Рассудительность, логическое мышление	182	90,5	61,0	39,0
Доброта, милосердие	101	50,2	90,1	9,9
Долг, ответственность	114	56,7	79,8	20,2
Сострадательность, чувственность	159	79,1	63,5	36,5

В таблице 3 видно, что современный врач должен, прежде всего, обладать таким качеством как профессиональная компетентность, которая включается в себя технические навыки и личностные качества, способствующие эффективному лечению. Также по данным опроса респонденты выделяют рассудительность и логическое мышление, которые в критических ситуациях чаще играют более важную роль, чем набор профессиональных знаний специалиста. Несмотря на базовые качества, описанные выше, сострадательность и чувственность являются необходимыми составляющими личности врача, создавая комфортные психосоматические условия для выздоровления.

Таким образом, исходя из данных опроса можно сделать вывод:

1. Для гармонизации отношений «врач-пациент», наиболее актуальной является рефлексивная модель. Костным составляющим является лечение в первую очередь болезни, а не человека, которое может быть достигнуто с помощью договора, т.е. серьезного морального обязательства. Рефлексивность же подразумевает под собой направленность на самого себя, на свои чувства, направленность на эмпатию, сострадание.

2. По нашему мнению, необходимо объединить договорную модель с высокими нравственными качествами. Это позволит на

психологическом уровне расположить пациента и врача друг к другу, что в современное время является проблемой, так как зачастую при обращении за помощью пациент, не чувствуя заинтересованности, человечности, понимания со стороны врача, не может полностью открыться, не возникает доверия к специалисту, а вследствие и к назначенной диагностике и лечению. Этот конгломерат позволяет найти наиболее конкретное, направленное лечение.

Использованная литература:

1. Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч.2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. – М.: ММСИ, 1999. – 275 с.
2. Гиппократ. Избранные книги. Пер. с греч. В.И. Руднева. Ред. вст. статьи и примеч. В.П. Карпова. – М.: «Сварог», 1994. – 736 с.
3. Изуткин Д.А. Философско-этические аспекты взаимоотношений врача и больного // Гуманитарный вектор. – 2020. – Т. 15. – № 2. – С. 20-25.
4. Ницше Ф. По ту сторону добра и зла: Сочинения. – М.: Эксмо, 2003. – 848 с.
5. Трушина И.А., Здоровье и духовность в медицине и философии // Российская оториноларингология = Russian otorhinolaryngology: медицинский научно-практический журнал. – 2009. – № 1. – С. 13-20.
6. Хрусталеv Ю.М., Философия науки и медицины: учебник для аспирантов и соискателей / Хрусталеv Ю.М., Царегородцев Г.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с.
7. Шур М. Зигмунд Фрейд: жизнь и смерть. / Пер. с нем. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2005. – 643 с.