

УДК 614.253:616.31

ЭВОЛЮЦИЯ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ**Каштанова А.И.***ГБОУ ВПО «Волгоградский Государственный медицинский университет», Волгоград,
e-mail: kashig2009@yandex.ru*

Данная статья посвящена проблеме развития отношений в рамках модели врач-пациент с целью рассмотрения изменений, которые происходили в процессе становления этих отношений. Литературный обзор включает в себя описание различных подходов межличностного взаимодействия врача и больного в разные исторические периоды. В результате проведенного исследования установлено принципиальное значение продуктивного общения с пациентом для достижения положительного результата лечения. Также нами отмечено влияние на выбор той или иной модели врачевания таких факторов, как уровень развитости общества, личность врача и пациента, особенность заболевания пациента и характер медицинской помощи. В конечном итоге мы пришли к выводу, что несмотря на появление новых моделей отношений в диаде врач-пациент, происходит сохранение всех подходов к лечению, существовавших ранее.

Ключевые слова: модель отношений врач-пациент, отношения врач-пациент**THE EVOLUTION OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP MODEL****Kashtanova A.I.***Volgograd State Medical University, Volgograd, e-mail: kashig2009@yandex.ru*

This article is devoted to the development of relations within the model «doctor-patient» to consider the changes that have occurred in the process of formation of these relations. Literature review includes the description of various approaches to interpersonal interaction doctor and patient in different historical periods. The study found immense significance of productive communication with the patient to achieve a positive treatment outcome. Such factors as the level of development of society, the personality of a doctor and a patient, specific features of the patient's disease and the nature of medical assistance have been noted to influence the choice of a particular model of healing. Eventually we came to the conclusion that despite the emergence of new models of relations in the doctor-patient dyad, there is the preservation of all the approaches to the treatment of pre-existing.

Keywords: the doctor-patient relationship model, the doctor-patient relationship

В настоящее время взаимоотношения врача и пациента являются важной составляющей частью лечения. Однако на протяжении долгого времени врачи не придавали должного значения продуктивному общению с больным. Следует отметить, что в оказании медицинской помощи оно имеет принципиальное значение. Отсюда возникает необходимость установления психологического контакта, который отражают различные модели врачевания.

Проблема тех или иных интерперсональных взаимоотношений, действительно, актуальна, так как положительный результат проводимого лечения определяется не только объемом и уровнем мануальных навыков специалиста, но и эффективностью взаимодействия между врачом и пациентом [2, 3, 6, 20, 22, 24].

Социальная роль как врача, так и пациента в разных культурах неодинакова. Следовательно, существуют различные модели отношений.

Цель: рассмотреть изменение модели отношений врач-пациент в разные периоды истории человечества.

Обзор литературы. Отношения между доктором и пациентом в исторически сложившихся условиях зависят от социального уклада, ценностных приоритетов, а также

от типа взаимодействия, изменявшегося на протяжении веков [10].

Американский философ Р. Витч выделил четыре базовые модели: инженерную, патерналистскую, коллегияльную и контрактную [12, 21, 23, 25].

В рамках инженерной модели задачей врача является исправление нарушений в организме больного. Собственное мнение больного по поводу его здоровья не учитывается врачом [10, 12]. Поскольку для нее также характерен технократический подход к пациенту, нарушающий достоинство и права личности, то в настоящее время данная модель является неприемлемой для применения во врачебной практике.

Второй тип взаимодействия, в котором замечен существенный прогресс в нравственном отношении – патерналистский. Его главными моральными характеристиками можно назвать любовь, милосердие, справедливость. Врач стремится помочь больному, избегая нанесения вреда [10, 12, 26, 28, 30].

Для коллегияльной модели свойственно равноправие во взаимоотношениях врача и пациента. Для этого больному необходимо получить информацию от врача. Вследствие этого пациент активно принимает участие в планировании лечения. Однако совпаде-

ние интересов очень редко достижимо [10, 12, 25, 27, 29].

Контрактная модель, выделенная Р. Витчем, в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. Она предусматривает, что равенство между больным и врачом невозможно. При этом пациент добровольно заключает договор с врачом на приемлемых для него условиях [10, 12, 26, 28, 29].

Рассмотрим следующие периоды развития отношений врач-пациент:

1. Древний Египет (около 4000–1000 лет до н. э.);
2. Древняя Греция (около 600–100 лет до н. э.);
3. Средние века (около 1200–1600 гг. н. э.);
4. Эпоха Просвещения (конец XVII – начало XIX века);
5. Отношения врач-пациент в XIX–XX веках;
6. Новейшее время.

Врачевание и сам врач в Древнем Египте занимали особое место. По предположению Л. Эдельштейна отношения врач-пациент произошли от отношений священника и прихожанина [11, 16]. Человек стремился овладеть природой, избежать болезней и смерти при помощи магии и поклонения богам, ему на помощь приходили целители, которые были священниками и магами. Лечение было в основном сосредоточено на видимых нарушениях, психические расстройства вызывали трудности врачевания. Таким образом, можно с большой долей вероятности предположить, что в Древнем Египте был патерналистский тип отношений: целитель играл роль «отца», обладающего определенными медицинскими знаниями, а пациент – роль ребенка, единственная задача которого – выполнять указания «старшего» [4, 10, 18, 31, 33, 35].

Под влиянием передовых философских идей ведущие врачи Древней Греции рассматривали следующие вопросы: материальные причины заболеваний, их связь с внешней средой, болезнь как изменяющийся процесс, за которым необходим контроль. Новые подходы к болезни и ее лечению способствовали расширению и углублению медицинских знаний [9]. В древнегреческом обществе отказались от магических и религиозных подходов к медицине, так же был сделан шаг в развитии демократических отношений между врачом и пациентом, главной идеей которых было сотрудничество, что свидетельствует о зарождении коллегиальной модели. В меньшей мере сохранялся патерналистский тип, явно выраженный в Клятве Гиппократата, которая являлась Сводом морально-этических

норм [10,18]. Она обеспечила более высокую степень гуманизма, поставив интересы пациента выше собственных интересов врача [1,30].

В Средневековье достигло расцвета христианство, образ врача строился на основе принципа теоцентризма, где исцеление человеческого тела уступало исцелению души. [5,13]. Возрождение религиозных идей после распада Римской империи, а так же появление инквизиции ухудшили отношения между врачом и пациентом. Врач наделялся сверхъестественными способностями и поэтому занимал достаточно высокое положение в обществе. Отношения с пациентом складывались на основе модели активность-пассивность, то есть и для Средневековья был характерен патернализм [18,32,34,35].

В период антифеодалных движений и революций происходит переосмысление задачи медицины в обществе, целью которой становится как индивидуальное, так и общественное здоровье, в это же время врачебная этика оформляется как система развернутых конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность [14].

События, которые привели к Великой французской революции, положили конец эпохи, в которой обездоленных людей и тех, у кого имелись психические расстройства, изолировали от общества. При этом отношения между врачом и пациентом начали складываться в направлении коллегиальной модели [18].

В конце 19 века с развитием психоанализа и психосоциальных теорий Й. Брейера и З. Фрейда большое внимание стало уделяться пациенту как личности [15]. Позднее Т. Парсонс отмечал неравноправие в отношениях врача и пациента, который, в основном, подчинялся указаниям специалиста [19,20]. Э. Фрейдсон также указывал на проблему профессионального преобладания врачей [17].

Это привело к развитию коллегиальной модели взаимоотношений. Задачей врача было дать пациенту достаточный объем информации о его состоянии здоровья, варианте лечения, прогнозе течения заболевания и о возможных осложнениях. Больной стал полноценным участником планирования собственного лечения, будучи осведомленным, он смог реализовать право личности на свободу выбора [10, 18].

В результате происходит зарождение пациент-ориентированной медицины. Теперь больной не просто объект, а человек, нуждающийся в помощи, поддержке и просвещении.

В конечном итоге, появляются новые модели взаимоотношений: информацион-

ная – где пациент полностью независим от врача, и свободно принимает решения, интерпретационная, при которой врач вынужден убеждать пациента, и совещательная – основанная на вере и взаимопонимании [8].

По данным опроса, проведенного Михальченко Д.В. и др., вопросы лечения с пациентами обсуждают лишь 18% врачей, а 36% оговаривают только основные моменты. В то же время большинство из опрошенных желали бы работать с пациентами, которые полностью доверяли врачу [8].

В настоящее время продолжается активный поиск приемлемой модели отечественной системы здравоохранения, выбор которой был бы более рационален на сегодняшний день. Происходит процесс превращения медицинской помощи в направлении предоставления платных медицинских услуг, в том числе стоматологических [6,7]. В итоге врач становится производителем, а пациент – потребителем. Развивается контрактная модель отношений, в рамках которой их взаимодействие происходит таким образом, что каждая из сторон имеет прописанные обязательства, но также достигает определенной выгоды [10,11].

Результаты и обсуждение. Проанализировав литературные источники по данной теме, мы пришли к выводу о том, что наиболее важным аспектом, влияющим на эффективность и продуктивность лечения, является совместная работа врача и пациента, вступающих в межличностные отношения.

Было отмечено, что до недавнего времени в диаде врач-пациент преимущественно господствовал патернализм. Это являлось существенным фактором предоставления медицинской помощи низкого качества, так как больной, не обладая достаточным уровнем знаний, не участвовал в полной мере в планировании лечения.

Как выяснилось в ходе обзорного исследования, патерналистский тип отношений остается нормой для большого количества врачей и пациентов и в настоящее время.

Но с ростом грамотности больных и развитием гуманистических идей потребовалось учитывать и мнение пациента. В результате получили развитие отношения, основанные на сотрудничестве и партнерстве. Это привело к договоренности врача и пациента действовать совместными усилиями для борьбы с болезнью, что в итоге положительно повлияло на уровень удовлетворенности от оказываемого лечения.

Безусловно, данные модели взаимоотношений являются идеальными конструкциями. Выбор того или иного типа взаимодействия зависит от личности врача, а также пациента, особенностей заболевания боль-

ного, а также от характера медицинской помощи.

Вывод

Таким образом, изучив достаточно большое количество научной литературы и рассмотрев эволюцию отношений врач-пациент, мы пришли к выводу, что несмотря на изменения в интерперсональном взаимодействии и развитие новых моделей врачевания, наблюдается сохранение всех подходов к лечению, существовавших ранее.

Список литературы

1. Бабияк В.И. Медицинская этика (философские аспекты) // *Russian otorhinolaryngology: Медицинский научно-практический журнал*. – 2012. – №. 1(56). – С. 3–13.
2. Богданова Т.А., Жадяева Е.Ю. Особенности коммуникативных стратегий медицинских работников в диаде «врач-пациент» // *Человеческий фактор: Проблемы психологии и эргономики*. – 2004. – №. 4. – С. 31–35.
3. Денисенко Л.Н. Врач-стоматолог как исполнитель медицинских услуг / Л.Н. Денисенко, В.Т. Ягулова, Ю.М. Федотова, Е.А. Филлок // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 11–3. – С. 22–26.
4. Джарман О.А., Микиргичан Г.Л. Положение врача в обществе Древнего Египта // *История медицины*. – 2015. – Т. 2. – №. 1. – С. 55–71.
5. Данилина Т.Ф. и др. Коронка для дифференциальной диагностики гальваноза // *Патент на полезную модель РФ*. – №. 119601.
6. Данилина Т.Ф., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. Литье в ортопедической стоматологии: монография. – Волгоград, 2011.
7. Данилина Т.Ф. и др. Способ диагностики непереносимости ортопедических конструкций в полости рта // *Современные наукоемкие технологии*. – 2013. – №. 1.
8. Данилина Т.Ф. и др. Профилактика гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2012. – Т. 19. – №. 3.
9. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград. – 2013.
10. Данилина Т.Ф. и др. Расширение функциональных возможностей потенциалометров при диагностике гальваноза полости рта // *Вестник новых медицинских технологий: Электронное издание*. – 2013. – №. 1. – С. 260.
11. Данилина Т.Ф. и др. Диагностические возможности гальваноза полости рта у пациентов с металлическими ортопедическими конструкциями // *Современные наукоемкие технологии*. – 2012. – №. 2.
12. Данилина Т.Ф., Жидовинов А.В. Гальваноз как фактор возникновения и развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта // *Вестник ВМА*. – 2004. – № 12. – С. 80–81.
13. Данилина Т.Ф. и др. Клинико-лабораторная оценка эффективности комплексного лечения пациентов с дефектами зубных рядов // *Здоровье и образование в XXI веке*. – 2008. – Т. 10. – №. 4.
14. Шемонаев В.И. и др. Способ временного протезирования на период остеоинтеграции дентального имплантата // *Современные наукоемкие технологии*. – 2013. – №. 1.
15. Жидовинов А.В. Обоснование применения клинико-лабораторных методов диагностики и профилактики гальваноза полости рта у пациентов с металлическими зубными протезами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2013.
16. Данилина Т.Ф. и др. Способ профилактики гальваноза в полости рта // Т.Ф. Данилина, Д.В. Михальченко

- ко, А.В. Порошин, А.В. Жидовинов, С.Н. Хвостов: патент на изобретение RU. – 2011. – Т. 2484767. – №. 23.12.
17. Данилина Т.Ф. Литье в ортопедической стоматологии. Клинические аспекты: монография / Данилина Т.Ф., Михальченко Д.В., Наумова В.Н., Жидовинов А.В. – Волгоград, 2014.
18. Гумилевский Б.Ю. и др. Взаимосвязь иммунного воспаления и клинических проявлений гальваноза полости рта // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №. 7–2.
19. Мануйлова Э.В. и др. Использование дополнительных методов исследования для оценки динамики лечения хронического верхушечного периодонтита // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – №. 6.
20. Жидовинов А.В., Павлов И.В. Изменение твердого неба при лечении зубочелюстных аномалий с использованием эджуайз-техники // *Сборник научных работ молодых ученых стоматологического факультета ВолГМУ: Материалы 66-й итоговой научной конференции студентов и молодых ученых / Редколлегия: С.В. Дмитриенко (отв. редактор), М.В. Кирпичников, А.Г. Петрухин (отв. секретарь), 2008. – С. 8–10.*
21. Михальченко Д.В. и др. Социальные проблемы профилактики стоматологических заболеваний у студентов // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – №. 5. – С. 474.
22. Михальченко Д.В. и др. Мониторинг локальных адаптационных реакций при лечении пациентов с дефектами краниофациальной локализации съёмными протезами // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – №. 4.
23. Медведева Е.А., Федотова Ю.М., Жидовинов А.В. Мероприятия по профилактике заболеваний твердых тканей зубов у лиц, проживающих в районах радиоактивного загрязнения // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2015. – № 12–1. – С. 79–82.
24. Поройский С.В. и др. К вопросу об остеointegrации дентальных имплантатов и способах ее стимуляции // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. – 2015. – №. 3 (55).
25. Шемонаев В.И., Михальченко Д.В., Порошин А.В., Величко А.С., Жидовинов А.В. Эффективность применения боров фирмы «рус-атлант» при препарировании зубов под металлокерамические коронки // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. – 2013. – № 1 (37). – С. 45–46.
26. Жидовинов А.В. и др. Проблема выбора метода очистки провизорных конструкций на этапах ортопедического лечения // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – №. 3.
27. Михальченко Д.В. и др. Динамика иммунологических показателей в процессе адаптации к несъёмным ортопедическим конструкциям // *Современные проблемы науки и образования*. – 2015. – №. 4.
28. Данилина Т. Ф. и др. Качество жизни пациентов с гальванозом полости рта // *Здоровье и образование в XXI веке*. – 2012. – Т. 14. – №. 2. – С. 134.
29. Mikhachenko D.V., Zhidovinov A.V., Mikhachenko A.V., Danilina T.F. The local immunity of dental patients with oral galvanosis // *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. – 2014. – Т. 5. – № 5. – С. 712–717.
30. Dhingra C., Anand R., Prasad S. Reflection Over Doctor Patient Relationship: A Promise of Trust. *Journal of Oral Health & Community Dentistry*. 2014. Vol. 8(2), pp. 104–108.
31. Edelstein Ludwig. A history of medicine. *Arch. Int. Med.*, 1937, Vol. 5, p. 201.
32. Freidson E. Professional dominance: The social structure of medical care. – Transaction Publishers, 1974.
33. Kaba R., Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 2007, Vol. 5(1), pp. 57–65.
34. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice, 1951.
35. Parsons T. The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 1975, pp. 257–278.