

Особенности взаимодействия медицинского персонала и пациентов в системе сельского здравоохранения

Клейменов Михаил Вячеславович

Студент

Уральский федеральный университет (УрФУ), Факультет социологии и политологии, Екатеринбург, Россия

E-mail: k-mihaell@mail.ru

Предметом исследований в российской социологии медицины традиционно было взаимодействие в городских лечебных учреждениях (Е.В. Дмитриева, С.А. Ефименко, А.В. Решетников и др.). Село оставалось за пределами внимания социологов. Именно особенностям взаимодействия общностей было посвящено наше эмпирическое исследование, проведенное в начале 2012 года в сельских поселениях Далматовского района Курганской области. Целью исследования стал анализ особенностей социального взаимодействия медицинских работников и пациентов в системе сельского здравоохранения. Объектом выступили сельские жители, а точнее пациенты и медицинские работники. Важными условиями при опросе пациентов стали фактическое проживание в сельском поселении (например, работники вахт и студенты не вошли в отбор) и посещение медицинских учреждений в течение года до момента опроса; при этом мы использовали квотный вид отбора. Всего опрошено 240 пациентов и 10 медицинских работников. В методологию нашего исследования была заложена идея, предложенная американским биоэтиком Р. Витчем [2], который выделяет в системе взаимодействия медперсонала и пациентов следующие модели: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную. Инженерная модель медперсонала отличается особым отношением к пациенту, когда мнение больного при лечении фактически не учитывается. Пастырская или патерналистская модель медработника включает в себе особенность любовного отеческого отношения к пациентам. Коллегиальная модель работника лечебного учреждения демонстрирует соотношение мнений, как медработника, так и самого пациента, при составлении плана лечебных процедур [3]. Контрактная модель медицинского работника характеризуется, прежде всего, платностью медицинских услуг, и в данном контексте, мнение пациента учитывается, поскольку он потребитель. Рассмотрим, какую из указанных моделей в нашем исследовании предпочитают респонденты. По полученным данным, мы выявили, что коллегиальную модель медработника предпочитают как 37% опрошенных пациентов, так и 8 из 10 опрошенных из числа медперсонала. В коллегиальной модели медицинского работника господствует принцип равноправия. Медперсонал сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между медработником и пациентом скорее исключение из правил. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента [3]. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно при хронических заболеваниях, где весомую роль в успехе лечения играет участие пациента в контроле своего состояния здоровья. Респонденты отмечают, что данная идеальная модель существует в реальной практике, т.е. медицинский работник и пациент советуются

друг с другом на предмет возможного лечения заболевания, в ней учтены компромисс, терпимость, право выбора. На втором месте по рейтингу - пастырская модель, ее предпочитают 14,2% респондентов. Данное явление можно считать пережитком советской медицинской системы, когда каждый врач был настоящим авторитетом. На третьем месте контрактная модель – 13,3%. Рыночные отношения начинают пронизывать и медицину сельского населения. На последнем, четвертом, месте инженерная модель – 2%. Столь малая доля выбора инженерной модели опрошенными свидетельствует о снижении социальной дистанции между медперсоналом и пациентами на селе. Речь идет о том, что именно коллегиальная модель выступает основой и условием становления и развития такого взаимодействия, при котором больной и врач совместными усилиями решают общую для них задачу - выздоровление. Социальная дистанция понимается нами как близость/отчужденность между индивидами населенного пункта в их повседневной жизни. Г. Зиммель в работе «Большой город и духовная жизнь» утверждает, что существуют различия социального взаимодействия в большом городе и малонаселенных территориях [1]. Основными факторами такого различия Г. Зиммель называет развитие денежного хозяйства, и наличие множества людей на ограниченной территории. В сельских медпунктах нет регистратуры, которая имеет значительные нарекания со стороны городских пациентов, поскольку для больничного учреждения, обслуживающего около 600 чел., необходимости в регулировании потоков пациентов отпадает. Между медицинскими работниками и обычными пациентами складывается тесные взаимодействия, неформальные отношения присутствуют как элемент организации сельского здравоохранения. В настоящее время происходит заметный кризис пастырской модели медработника не только в большом городе, но и в сельской местности. «На арену» выдвигается коллегиальная модель, позволяющая учитывать тенденцию частичного снятия ответственности врача, ведь курс лечения принимается обоюдно, но также пациент получает свободу, поскольку возможно он лучше врача знает собственный организм.

Литература

1. Зиммель Г. Большой город и духовная жизнь. Журнал «Логос». №3 (34), 2002. URL: ruthenia.ru/Логос/number/34/02.pdf.
2. Тогунова И.А., Шпилиной С.В., Дарсавелидзе О.С. Интересные материалы о взаимоотношениях врача и пациента URL:<http://www.newslab.ru/print/301122>.
3. Robert Veatch. The Patient-Physician Relation: The Patient as Partner, Part 2. Bloomington, 1991.

Слова благодарности

Большое спасибо Наталье Леонидовне Антоновой...