



Проф. О.Н. Ковалева

Харьковский национальный медицинский университет
Кафедра общей практики-семейной медицины и
внутренних болезней

Этические и психологические аспекты взаимоотношения «врач-пациент»

Современная медицина характеризуется стремительным прогрессом в сфере повышения качества оказания медицинской помощи благодаря созданию и усовершенствованию диагностических и лечебных технологий. Однако для эффективного лечения больных важно не только иметь высокопрофессиональных специалистов и совершенную аппаратуру, но и следовать принципам, которые являются основополагающими в медицинской этике. Наиболее противоречивым в медицинской деятельности с точки зрения моральной и правовой оценки следует считать такой психосоциальный феномен, как взаимоотношение «врач-пациент».

Если рассматривать эту проблему в историческом аспекте, то необходимо отметить, что в разные эпохи общество неоднзначно воспринимало отношения между врачом и больным. В этой системе врачу отводилась главенствующая роль, который осуществлял лечебный процесс, а пациент обращался к нему, чтобы уменьшить страдания как результат болезни и таким образом попадал в зависимость от врача. Вполне логично, что на протяжении длительного периода разрабатывались принципы поддержки пациента, что трансформировалось в концепцию прав пациентов — это перечень основных свобод и обязанностей, на основании которых человек получает медицинскую помощь [3]. Этические аспекты защиты прав граждан нашли отражение в международных и национальных документах [5]. Согласно этим документам, все пациенты имеют такие права при предоставлении медицинской помощи: на профилактику, качественное лечение, соблюдение стандартов качества, безопасность, индивидуальный подход, свободу выбора, конфиденциальность. Защита прав пациентов представлена в предложенных моделях отношений между врачом и пациентом с разными этическими и психологическими конструкциями оказания медицинской помощи [7].

Патерналистская модель — это классический тип, который господствовал в христианской европейской культуре на протяжении двадцати столетий и рассматривался в профессиональной медицинской этике абсолютной догмой. Термин названия такой модели происходит от латинского слова отец (pater). Межличностные отношения при такой модели подобны общению наставника и подопечного, отца и ребенка, поэтому предполагают любовь, благодеяние, заботу медицинского работника о своем пациенте. Врач, как отец, который заботится о своем ребенке, сочувствует больному, помогает ему, назначает лечение и берет ответственность принятом решении. Больной полностью доверяет врачу и уверен в его профессионализме. Моральная обязанность врача отражена в клятве Гиппократова: оказывая помощь больному, не навреди ему. Основной этический принцип, который представлен в патерналистической модели, исходит из рекомендаций Гиппократова в отношении управления процессом лечения, режим которого определяется в соответствии с пожеланиями врача в интересах и для блага больного.

В современных условиях такая модель характеризуется самостоятельностью врача в принятии решений по поводу будущих медицинских вмешательств, не принимая при этом во внимание пожелания больного. После проведенного обследования врач устанавливает диагноз и назначает лечение, которое направлено на излечение больного. В общей медицинской практике использование патерналистической модели ограничивает права пациента, его способность принятия самостоятельного решения в отношении методов обследования, лечения и т.д. Поэтому патерналистическая модель в наше время на используется, но исключением могут быть ситуации, которые представляют непосредственную угрозу жизни пациента и требуют проведения реанимационных мероприятий.

Американський біоетик Р. Витч пропонує наступні моделі відносин між лікарем і пацієнтом: інженерну або технічну, контрактну і колегіальну.

Побудительним мотивом для створення **інженерної моделі** слід вважати феномен лікаря-експерта, який професійно володіє медичною спеціальністю, але при цьому більшого розглядає як інструмент, що потребує ремонту. На перший план в цій моделі виступає технократический підхід, не враховуються почуття більшого, його побажання, він не бере участя в обговоренні процесу лікування, що суперечить принципу поваги до прав і гідності особи.

В основі **контрактної моделі** лежить принцип укладення угоди, угоди між більшим і лікувальним закладом або через страхову компанію. В угоді повинні бути чітко прописані зобов'язання обох сторін — лікаря і пацієнта, обзначені особливості їх взаємовідносин, виконання пунктів угоди. Ця система відносин нашла своє місце в умовах приватної медицини, при наданні платних послуг.

Колегіальна модель побудована на визнанні взаємного довіри між лікарем і пацієнтом. Такі взаємовідносини повинні бути гармонічними в формі спілкування колег, які мають загальну мету. Зобов'язання лікаря — надати пацієнту інформацію про його захворювання, особливостях клінічної картини, можливі ускладнення, прогноз і запропонувати конкретний метод лікування. При такому підході акценти в лікуванні хвороби переносяться на більшого і реалізується право пацієнта на свободу вибору.

Інтерпретаційна модель передбачає активну роль лікаря, який в повній мірі спілкується з більшим, розповідає про користь і можливі ризики медичних втручань, при цьому надає більшому можливість зробити свій вибір на основі наданої інформації.

Совещательна модель розрахована на «опитних» пацієнтів, які мають хронічні захворювання з тривалим анамнезом, читають медичну літературу, знайомі з інформацією, викладеною в системі Інтернет, здатні аналізувати сучасні тенденції в відношенні свого захворювання, виділяти лікувальні пріоритети. В процесі спілкування з пацієнтом лікар дає поради щодо оптимального способу лікування, обговорює з ним всі наявні варіанти, при цьому зберігається добровільність прийняття пацієнтом остаточного рішення.

Доктор-центрирована модель запропонована в 1976 році Р. Вугне і В. Лонг, відповідно до якої лікар є центром взаємовідносини і його поведінка базується в основному на професійному досвіді, самостійному прийнятті рішення в відношенні діагностики і лікування підопечного більшого, з яким проводиться, як правило, монолог, а спроба пацієнта висловити свою думку не приймається лікарем [13].

Необхідно звернути увагу, що відсутня універсальна модель, яка домінує і визначає ефективність лікування. Перспективним напрямком слід вважати створення моделі моральної медицини, авторами якої Т. Beauchamp, J. Childress в 1994 році вивели ключовим елементом етичного осмисленого підходу до прав пацієнта виділяють такий компонент як автономія, який став фундаментом формування моделі взаємовідносин «лікар-пацієнт», отримавши назву **інформованого згоди**, основою якого є комунікативний діалог з дотриманням визначених процесуальних норм з метою отримання згоди пацієнта на медичне втручання [12].

В Конвенції про захист прав і гідності людини в зв'язі з використанням досягнень біології і медицини підкреслюється, що необхідним критерієм згоди на медичне втручання є добровільність прийняття пацієнтом рішення в відношенні свого здоров'я без впливу зовнішніх факторів і означає реалізацію права на особисту неприкосновенність, «медичне втручання може здійснюватися тільки після того, як людина, яка піддається цьому втручанню, надасть на це добровільне інформоване згоди» [7].

Таким чином, інформоване згоди є моральною доктриною сучасної медицини, тому що забезпечує надання пацієнту свободу вибору на майбутнє медичного втручання. Необхідною умовою дотримання етичних норм слід вважати адекватне інформовані пацієнта в відношенні медичних маніпуляцій. Значення інформованості в медичній практиці підкреслено в міжнародних регламентуючих документах. В Європейській хартії пацієнтів в статті 3 «Право на інформацію» підкреслено: «кожен має право на отримання інформації про стан свого здоров'я, а медичні послуги, а також про те, що доступно завдяки науково-технічному прогресу і допоможе йому/їй брати активну участь в прийнятті рішення в відношенні свого здоров'я, ця інформація є обов'язковим попереднім умовою проведення будь-якої маніпуляції і лікування, включаючи участь в наукових дослідженнях» [4].

В практичній діяльності необхідно дотримуватися строгих процедур при отриманні інформованого згоди. Головною умовою є особисте спілкування лікаря з пацієнтом при умові його дееспособності. Якщо пацієнт визнаний недееспособним, рішення в відношенні медичного втручання приймає його опікун. Лікар повинен мати достатньо часу для повного представлення інформації про цілі і тривалість лікування, очікуваних результатах. Ключовим елементом інформованого згоди є повідомлення про побічні ефекти, можливі ускладнення внаслідок медичного втручання, тому пацієнт повинен бути ознайомлений з альтернативними методами лікування. Ці дані

следует представлять пациенту накануне вмешательства. Желательно использовать медицинские термины, которые адаптированы к пациенту с учетом его уровня образования, менталитета, и даже знания языка подачи информации [14].

Следовательно, важный залог защиты прав пациента при оказании медицинских услуг является информированное согласие, которое подписывает пациент не зависимо от вида и характера медицинского вмешательства. Процесс подписания согласия должен быть реальным, что предусматривает выполнение врачом всех обязательств в соответствии с текстом документа.

В условиях реформирования системы здравоохранения необходимо выбирать оптимальный вариант взаимоотношений между врачом и больным. Среди перечисленных моделей в практической деятельности при планировании медицинских мероприятий безусловно наиболее приемлемой следует считать доктрину информированного согласия, которое должно быть составной частью контрактной формы, своего рода договор, определяющий обязанности обеих сторон. Именно эта модель в наибольшей степени защищает автономность личности. С определенной оговоркой, таким подобием обладает модель взаимоотношения семейного врача и пациента, представленная в форме декларации, как отражение медицинской реформы, которая стартовала в Украине. Наличие декларации с семейным врачом предоставляет пациенту пропуск к определенному спектру медицинских услуг и консультациям специалистов. Важным достоянием такой медицинской системы является то, что пациент «насиленно не прикован» к определенному врачу из-за прописки, как было ранее, а получил возможность самому выбирать врача, что означает реализацию права пациента на свободу выбора. Безусловно, возникает вопрос: какие у пациента главные аргументы для выбора врача при заполнении декларации? Повидимому, одним из факторов, влияющим на избирательность пациента, служит географическая доступность врача. Но это не кардинальный признак, потому что в некоторых случаях выбирают врачей других лечебных учреждений, частных клиник, которые достаточно удалены от больного в транспортном отношении. Проведенная процедура заполнения деклараций и выбор больными конкретного врача наглядно показала различия в приоритетном отношении к тому или иному специалисту. Какие же критерии в таком случае влияют на выбор пациента? Для ответа на этот вопрос представим пациента, как потребителя медицинских услуг, сравнив с клиентом любого сервиса, но при этом нужно всегда помнить, что существует громадное отличие между этими двумя категориями, что нашло отражение даже в наименованиях. Обратимся к этимологии слов-синонимов: «пациент» происходит от латинского слова *patiens* — переносящий, терпеливый и *patis* — терпеть, страдать, мучиться; в корне русскоязычного термина больной лежит слова боль. Конечно, мы должны согласиться, что для больного самое главное — получить от врача высококвали-

фицированную помощь. Но нельзя сбрасывать со счетов тот факт, что по мнению больного врач должен отвечать убеждению Сократа «нельзя врачевать тело, не врачую душу». Следовательно, больной не просто рутинный посетитель, который намерен получить медицинскую помощь, но и личность, которая ждет от врача психологической поддержки, сопереживания, уважения, что подтверждает появление термина «пациент-центрированная медицина», свидетельствующего о приоритетах пациента в процессе оказания ему медицинской помощи [11].

По-видимому, в предпочтении врача у больного срабатывает подсознательно оценка характерологических особенностей будущего куратора. Безусловно, это сложная проблема и для ее научного подтверждения необходимы социологические исследования. Но имеющийся опыт, обобщенный в публикациях, свидетельствует о том, что медицинская результативность врача зависит не только от способности решать на высоком уровне профессиональные вопросы, но и при этом владеть социально-коммуникативной компетентностью, что означает умение общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с больными и их родственниками.

Общение врача с пациентом представляет собой важный компонент лечебной работы, однако более уместным является термин коммуникация — латинизированное слово, которое переводится как связь, тип активного взаимодействия между живыми существами, предполагающий информационный обмен. Цель коммуникации состоит во взаимопонимании, которая должна быть достигнута при наличии обратной связи с обеих сторон общения. Успешное завершение коммуникации может быть достигнуто в случае, если происходит не только обмен информацией, но и ее адекватное понимание [1]. С точки зрения психологии, коммуникация имеет много составляющих, которые определяют успешность этого процесса как в общечеловеческом понимании, так и по отношению к определенной специфической области. Применительно к медицине, коммуникация — процесс двустороннего обмена информацией между врачом и пациентом, который начинается с первых минут их встречи. Важно, чтобы при общении с пациентом врач владел приемами медицинской психологии и применял их в своей практической деятельности. Универсальным механизмом коммуникации является речь как вербальный путь подачи информации. При беседе врача с пациентом необходимо соблюдать культуру речевого общения. В соответствии с классической схемой обследования пациента первый этап начинается с расспроса больного. Существуют различные виды вопросов: закрытые, открытые, информационные, риторические и т. д. От того, насколько грамотно врач построит свой вопрос, настолько полную и нужную информацию получит от больного. Так, например, закрытый вопрос предполагает односложный ответ «да» или «нет» и обычно необходим для получения согласия или отказа, т. е. не несет смыслового содержания. Открытый вопрос требует от больного при формулировке ответа со-

общения дополнительной информации, что в ряде случаев существенно для установления правильного диагноза.

На определенном этапе общения пациент ждет от врача информации о результатах физикального обследования, данных лабораторного и инструментального исследования, а самое главное заключительный диагноз, тактика лечения и прогноз. Длительное время продолжаются дискуссии о том, следует ли сообщать пациенту «грозные» диагнозы, неутешительные прогнозы. Не существует однозначного мнения, но главное состоит в том, в какой форме следует подавать эту информацию. Без сомнения, следует дифференцировать полученную информацию о пациенте с позиции прав человека, конфиденциальности и врачебной тайны. Безусловно, врач должен оценивать психологический статус пациента, проявлять заинтересованность и сопереживать вместе с ним. На основании этого у больного к врачу формируется доверие как моральная категория, а это существенный компонент психологического контакта их отношений.

В системе межличностного общения важно также умение слушать собеседника, что должно быть обязательным профессиональным навыком. Успех общения во многом зависит не только от умения говорить, но и от умения слушать собеседника. В медицине процесс выслушания больного должен содержать элементы эмпатии за счет подключения невербальной коммуникации — передача информации или влияние друг на друга через образы, интонации.

Таким образом, коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество, от которого во многом зависит успешность врача. Именно на основе качественного обмена информацией с больным реализуются различные формы мимики-психотерапии, которые психоаналитик Э. Балинг рекомендовала для пациентов с заболеваниями, имеющими психосоматический компонент [10]. Умение общаться обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры.

К сожалению, мы должны констатировать, что врачи недостаточно владеют навыками коммуникативной культуры. Авторы исследования приводят результаты опроса с использованием специального теста для оценки фундаментальных и прикладных знаний в области межличностного обмена информацией 217 врачей — сотрудников поликлиник, которые ранее не обучались коммуникативным навыкам [2]. Принявшие участие в исследовании врачи продемонстрировали поведенческие предпочтения, не в полной мере соответствующие современным требованиям к коммуникативным аспектам взаимодействия врача с пациентом. Наибольшие сложности вызвал тест о сравнительной эффективности различных типов вопросов. Подавляющее большинство

(79,7%) врачей не попытались установить все имеющиеся у пациента жалобы, как это сделали 44 (20,3%) врача, а сразу ограничивали диапазон общения с больным детализацией только одной его проблемы.

Важным фактором, который в последнее время влияет на взаимоотношение врача и больного является дефицит времени общения и это следует считать повсеместным явлением независимо от системы организации здравоохранения. Недавно проведенное исследование под эгидой Американской медицинской ассоциацией показало, что врачи проводят вдвое больше времени как «клерки», чем общаются лицом к лицу (with face to face) с пациентами. [16].

Говоря о современных врачах, следует признать наличие у них не полной компетентности в области выстраивания эффективной коммуникации в системе «врач—пациент», что находит объяснение в недостаточной подготовке этих навыков при обучении в высших медицинских учебных заведениях. При обследовании 122 студентов медицинских специальностей авторы поставили цель исследования: выявить основные характеристики коммуникативной компетентности у студентов-медиков. В результате проведенного исследования было установлено, что 46% опрошенных имеют высокий уровень общительности, у 52% испытуемых был выявлен средний уровень, у 2% опрошенных был выявлен низкий уровень, свидетельствующий о необщительности и замкнутости [8].

В статье, опубликованной в 2020 году, подчеркивается, что в медицине существует определенное несоответствие между теорией этики и практикой, образно сравнивая этот феномен с разрывом в мосте [15]. Авторы предлагают следующие положения для устранения этой ситуации: обеспечить эффективное обучение студентов-медиков, направленное на изменение отношения к этике; реконструировать регуляторы и процессы для содействия этической практики; рассматривать в процессе обучения психологические навыки общения, индивидуальную внутреннюю мотивацию, приемы убедительных стратегий; проводить углубленные и систематические исследования.

На всех этапах образовательного процесса в высших медицинских заведениях целесообразно обучать студентов базовым коммуникативным навыкам: общительности, позитивной установке, эмоциональной устойчивости, сотрудничеству, вежливости, доверию, сочувствию, уважению, логическому мышлению, умению управлять своим поведением [9].

Следовательно, общий рейтинг специалиста социального профиля определяется не только узкопрофессиональными знаниями, умениями и навыками, но и коммуникативной компетентностью, что включает в себя: технику приема пациентов, общение и взаимодействие с ними и их родственниками, готовность и способность правильно понимать и быть понятым, проявления эмпатии. Для успешной профессиональной самореализации необходима дальнейшая имплементация этических принципов и правовых норм для регуляции деятельности практика-клинициста.

Список использованной литературы

1. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. [Электронный ресурс] URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
2. Денисов И.Н., Резе А.Г., Волнухин А.В. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной практике. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины; 2012: 18-21
3. Европейский наблюдательный орган за системой и политикой в области здравоохранения. Глосарий(USAID); 1999
4. Европейская хартия пациентов. 2002.
5. Ковалева О.М., Лесовой В.Н., Амбросова Т.Н. и др. . Основы биоэтики и биобезопасности: учебник К.: ВСИ «Медицина»; 2015: 26-35
6. Ковалева О.Н., Сафаргалина-Корнилова Н.А., Герасимчук Н.Н. Деонтология в медицине : учебник — К.: ВСИ «Медицина»; 2017: 44-54
7. Конвенция о защите прав и достоинства человека и биомедицины в связи с использованием достижений биологии и медицины (Овьедо. 1997 г.)
8. Михайлюк Ю.В., Манулик В.А. Содержание и структура коммуникативной компетентности врача в контексте профессионально-личностного становления Медицинский журнал. 2014 — № 2: 153—158.
9. Михайлюк Ю. В. Структура и динамика коммуникативной компетентности студентов медицинских специальностей (на примере УО «Белорусский государственный медицинский университет») Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. 2018
10. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract 1969; 17: 269-276
11. Bardes C.L. Defining “patient-centered medicine”. N Engl J Med. 2012; 1, 366(9):782-783.
12. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press;1994.
13. Byrne P.S., Long B. E. L. Coctor Falking to Patients. London, 1998.
14. Hrevtsova R.Y. Informed Consent and Informed Refusal A Developing Country Perspective. R.G. Beran (ed.), Legal and Forensic Medicine, Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013; 927 p.
15. Madani M., Vedadhir A., Larijani B. et al. Bridging the Gap Between Ethical Theory and Practice in Medicine: A Constructivist Grounded Theory Study. Sci Eng Ethics. 2020; doi: 10.1007/s11948-020-00217-1. [Epub ahead of print]
16. Turner G.M., Monaco C. Preserving the Doctor-Patient Relationship; Forbes: 2017.

Етичні і психологічні аспекти взаємовідношення «лікар-пацієнт»

Проф. О.М. Ковальова

Харківський національний медичний університет

Стаття присвячена розгляду моделей взаємовідношень між лікарем та пацієнтом в практичній діяльності. Представлені визначення патерналістської, контрактної, колегіальної моделі, «доктор-центрованої медицини», «пацієнт-центрованої медицини» з висвітленням їх переваг та недоліків. Значна увага приділена методології інформованої згоди з трактовкою провідних критеріїв. Детально описано організаційні етапи отримання інформованої згоди пацієнтів в медичній практиці. Надано визначення комунікативної компетентності лікаря та її значення для професійної діяльності. Розглянуто вербальні та не-вербальні компоненти процесу обміну інформацією між лікарем та пацієнтом. Окреслено перспективи оптимізації професійно-особистісних відношень в системі «лікар-пацієнт».

Ключові слова: взаємовідношення «лікар-пацієнт», інформована згода, комунікативна компетентність.

Ethical and psychological aspects doctor-patient relationship

Prof. Kovalyova O.

Kharkiv national medical university

The article is dedicated to the review of relationship “doctor-patient” models in medical care. The definition of paternalistic and contract models, patient-centered medicine, doctor-centered medicine are reflected with their advantages and limitations. Special attention is paid to methodology of informed consent with interpretation of leading criteria. The organization detailed stages of receiving informed consent in medical practice is described. The consideration of doctor communicative competence and their importance for professional activity is taken. The psychological verbal and non-verbal components of sharing information between doctor and patient is shown. The perspective of optimization in professional-personal attitude related to relationship “doctor-patient” is pointed out.

Key Words: relationship “doctor-patient”, informed consent, communicative competence.

Контактна інформація: Ковальова Ольга Миколаївна — д. мед наук, професор кафедри загальної практики — сімейної медицини та внутрішніх захворювань Харківського національного медичного університета, тел.: 0973147433, e-mail prokov@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 20.04.2020 р.