

КУЛЬТУРНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

(на примере патернализма)

Медведева Л.М., Чеботарева О.А., Приз Е.Г.

В статье рассматривается патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента как системообразующая для отечественного здравоохранения. Анализируются историко-культурные факторы, влияющие на ее формирование и сохранение позиций в современной медицине.

Ключевые слова: врач, пациент, взаимоотношения, патерналистская модель.

CULTURAL-DETERMING FACTORS OF THE MODELS OF DOCTOR- PATIENT INTERRELATIONS (ON THE EXAMPLE OF THE PATERNALISTIC MODEL)

Medvedeva L.M., Chebotareva O.A., Priz E.G.

The article considers paternalistic model of the doctor-patient interrelations as a system-forming factor of the home Public Health. The historical-cultural factors that influence the forming of the model and its remaining in modern medicine are analised as well.

Key words: doctor-patient interrelations, paternalistic model.

В настоящее время широко обсуждается вопрос об изменении позиции медицины в современном обществе. Профессиональное доминирование врачей, порожденное обладанием специальными знаниями, постепенно исчезает [3]. Современная популярная медицинская литература, СМИ достаточно часто убеждают пациентов в том, что они не должны всегда и безоговорочно соглашаться с указаниями врача. Этот подход к оказанию медицинской помощи поддерживается идеологией индивидуальной добровольности, стратегией поведения, набирающей силу и в нашей стране. В обществе присутствуют некоторые ожидания, что пациент поможет себе сам, что забота о здоровье человека лежит на нем самом. У пациента в современном обществе есть большая автономия в отношении образа жизни, в качестве и количестве медицинских услуг, которыми он пользуется.

Успех лечения часто зависит от того, каким образом складываются отношения между врачом и пациентом. Lupton D. приводит конкретные примеры взаимоотношений врача и пациента, они очень разнообразны. [6] Пациенты могут быть уважительны к врачам, проявлять внешнюю скованность, но оценивать лечение со своей точки зрения и действовать по-

своему усмотрению. Если заболевание особенно сложное, вызывающее инвалидность или хроническое состояние, пациенты могут быть готовы передать лечение в руки кого-либо компетентного и готового тратить время на их лечение. В некоторых ситуациях пациенты могут не хотеть знать детали своих болезней, лечения или прогноз. Или напротив, хотят знать все о своей болезни, до мельчайших подробностей, самостоятельно ищут дополнительную информацию, пациентов с идентичным диагнозом, хотят участвовать в борьбе со своим недугом вместе с врачами, требуют равноправного участия в этом процессе. Комплаентность пациента, во многом определяющая успех лечения, также зависит от того, каким образом складываются отношения врача и пациента.

Существует четыре базовых модели врачевания, в рамках которых происходит общение по линии «врач-пациент»: техницистская (инженерная), патерналистская, коллегиальная и контрактная (договорная). Эти модели сформировались под воздействием культурно-исторических факторов, национальной специфики, особенностей системы здравоохранения. Безусловно, в современном мире, с развитием медицинской науки и техники, расширились взаимоотношения врача и пациента и в рамках одной модели они существовать не могут. Так принцип уважения прав пациента в определенной степени объединяет все четыре модели врачевания, процессы глобализации способствуют распространению идей либерализма, влияют на выработку норм медицинского права под воздействием международных стандартов, свою роль играет политика, проводимая Всемирной организацией здравоохранения и т.д.

Тем не менее, например, для нашей страны именно патерналистская модель взаимоотношений врача и пациента является системообразующей для отечественного здравоохранения и сохраняет свое значение до настоящего времени. Это связано со спецификой развития российского общества, где психологически наиболее приемлемым был патернализм: «Историческая и этническая составляющая не может игнорироваться,

поскольку индивидуальный компонент объекта медицинской заботы и помощи - человек – в большей степени связан с этногенетическими и историко-культурными факторами страны, чем с общецивилизационными тенденциями.» [2,120]

Взаимоотношения врача и пациента могут зависеть от многочисленных факторов, среди которых историко-культурные играют важную роль. Патерналистская модель характеризуется как определенного рода межличностное общение, сходное с отношением родителя к ребенку или священника к прихожанину, ее главными мотивами является оказание помощи нуждающемуся, любовь к ближнему, благотворительность и справедливость.

Существует целый ряд историко-культурных факторов, оказавших значительное влияние на доминирование патернализма в российском обществе. К ним можно отнести:

- уважение и почитание старших (традиция, берущая свое начало со времен язычества, когда наряду с культом природы был распространен культ предков, в дальнейшем нормы патриархального быта поддерживали эти установки);
- православные ценности, прежде всего, любовь к ближнему, жертвенность; помощь страдающему, одним из деяний при причислении к лику святых было исцеление больного или воскрешение умершего;
- особая роль и отношение к духовным ценностям (сакральный характер взаимоотношений со священником, в дальнейшем с врачом, смысловое пересечение понятий «тайна исповеди» и «врачебная тайна»);
- приоритет межличностных отношений, а не правовых (медицинская помощь часто оказывалась на правах безвозмездной помощи, а не оказания услуги или предоставления товара);
- активное участие интеллигенции (медицинской в том числе) в общественной жизни страны, введение заботы о народе в ранг общественного долга и почти святой обязанности;

- земская медицина и земские врачи, деятельность которых продолжала традиции российской интеллигенции, в тяжелейших условиях, в глубинке страны они многое делали для просвещения, повышения медицинской культуры населения ценой необыкновенных личных усилий, по физическим и моральным затратам сравнимыми с жертвенностью;
- традиции советского здравоохранения (в продолжение традиций земской медицины, медицинская помощь оказывалась бесплатно, советское государство всеобщий контроль распространяло и на сферу здравоохранения, регулярно в массовом порядке проводились диспансеризации, медосмотры и т.д., трактуемые как забота о народе).

На некоторых из этих факторов остановимся подробнее. При рассмотрении вопроса об исторических корнях патернализма на российской почве мы в очередной раз обращаемся к взаимодействию двух фигур врача и священника, двух социальных институтов медицины и религии. В этой связи Богданов В.П. приводит интересные факты: «...медицинская наука всегда так или иначе претендовала на то, что находилась в ведении религиозного контроля. Взаимосвязь религиозных и медицинских претензий осознавалась при этом тем острее (гораздо острее, чем это имеет место в современной культуре), что объектом таких претензий были одни и те же люди. Эти люди составляли церковную паству, а в случае болезни становились пациентами врача. Врач и священник встречались у постели больного, и они же (по крайней мере – теоретически) были последними свидетелями его кончины. Само слово «врач», изначально церковнославянское, в конце XVIII в., хотя еще не было лишено религиозных коннотаций: «врачеванию», так же, как и «(ис)целению», вверялось не только тело, но и душа, «болящий» врачевался лекарственными снадобьями, но также словесным увещанием и молитвой. Исполнение религиозных предписаний находит одобрение и в собственно медицинском отношении: например – в диетологическом «Слово о постах, как средстве предохранительном от болезней» доктора П.Д. Вениаминова. В целом контроль за физическим здоровьем естественным образом

сопутствовал практикам религиозного контроля – и врач и священник, при всем различии между ними пеклись о физическом и духовном здоровье. [1,83-84]

Совпадение социальных функций врача и священника поддерживалось еще одним важным обстоятельством, врачами часто становились выходцы из священнического сословия, часто ими становились учащиеся духовных академий еще и потому, что знали латинский язык. Из этой среды вышли первые отечественные врачи и ученые-медики: С.Г. Зыбелин, Н.М. Максимович-Амбодик, Д.С. Самойлович, М.Н. Тереховский, М. Шумлянский, О.Я. Саполович. Среди священнослужителей было немало интересовавшихся медициной и способствовавших популяризации медицинских знаний. В 18 веке академик И.И.Лепехин, имея ввиду недостаток врачей в России, отмечал, что медицинское просвещение священников очень полезно для оказания минимальной медицинской помощи населению. Примеры такого рода есть в российской истории. Костромской епископ Евгений, организовал в 1803 г. при семинарии особые классы для преподавания азов врачебной науки и заботился о пополнении семинарской библиотеки сочинениями по медицине.

При очередном витке истории, в современной жизни врач и священник снова осуществляют свою профессиональную деятельность рука об руку. Возродившиеся религиозные традиции крещения, отпевания на общем фоне актуализации религиозной традиции способствуют этому. Врач и священник снова сопровождают человека от момента рождения до момента смерти.

Сегодня, по мнению многих исследователей, можно констатировать достаточно невысокий уровень заботы населения о собственном здоровье. Эта проблема не является исключительно российской, однако в нашей стране она приобрела особую остроту. Многие специалисты объясняют это периодом существования бесплатной медицины и доступности для всего населения медицинского обслуживания: бесплатное лекарство, бесплатное лечение, бесплатные санатории и, как следствие, безответственное

отношение к собственному здоровью. Эти позитивные в целом меры: «атрофировали у нескольких поколений советских людей индивидуальную ответственность за свое здоровье, укрепили у них представление о том, что забота об их здоровье лежит на министерстве здравоохранения». [5, 105] С этим положением трудно не согласиться, в интервью людей старшего поколения, пенсионеров достаточно часты ссылки на советскую систему здравоохранения как на положительный опыт в оказании медицинской помощи населению. Кроме того, советским государством поддерживался престиж медицинской профессии, социальный статус врача в обществе культивировался различными средствами.

Современные реалии, в свою очередь, оказывают воздействие на формирование патерналистских настроений пациентов. В рамках реформы здравоохранения в нашей стране эта модель поддерживается возможностью свободного выбора врача. В результате чего, пациент может найти врача близкого по духу и многим другим параметрам и безоговорочно ему доверять. Сейчас в большей степени поведение пациентов определяется низким уровнем знаний в вопросах медицины и дезориентацией в новых формах медицинского обслуживания, лекарственных препаратах и т.п.

Интересно, что патернализм поддерживают и большинство врачей. Интересные данные в этой связи по поводу характера взаимоотношений между врачом и пациентом получены методами социологии медицины на материале г. Волгограда. По результатам исследования оказалось, что ни один из респондентов-врачей не хочет иметь дело с пациентом, который выступает как компетентный потребитель конкретных медицинских услуг. Таким образом, врачи выбирают традиционную модель отношений врача и пациента, где врач играет в лечении ведущую роль. При этом 12 % - это врачи, которым легче иметь дело с теми пациентами, кто хоть что-то знает о медицине. 24% - респондентов хотят иметь дело с теми пациентами, которые не обладают медицинскими знаниями, но бережно относятся к своему здоровью и полностью доверяют врачу. 18% полагают, что обращение к

врачу предполагает согласие на полное ему подчинение. 3% врачей говорят о том, что врачу ближе пациент, который ничего не понимает в медицине. Никто не захотел иметь компетентного, интеллектуального пациента. [4] Такое положение дел можно объяснить тем, что врачам легче работать с «послушными» пациентами, с готовностью выполняющими все рекомендации. Отчасти такая ситуация может быть объяснена и тем, что врачи являются представителями того общества, в котором как основная модель взаимоотношений представлен именно патернализмом.

Таким образом, можно сказать, что детерминантами во взаимоотношениях врача и пациента являются культурные факторы, обусловленные историческим опытом и сложившимися традициями. Они достаточно устойчивы во времени, их изменение в каком-либо определенном, запрограммированном направлении достаточно проблематично. При этом их влияние необходимо учитывать при определении стратегии и тактики в сфере здравоохранения, причем от оказания медицинской помощи конкретному человеку до разрешения проблем, связанных с проведением реформ в масштабах страны.

ЛИТЕРАТУРА:

- 1.Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVII-XIX веков/К.А. Богданов.- М.: ОГИ, 2005. – 504 с.
- 2.Седова Н.Н. Биоэтика: курс лекций для студентов и аспирантов медицинских вузов/Н.Н.Седова.- Волгоград: Издательство ВолГМУ, 2007. – 204 с.
3. Силуянова И.В. О состоянии нравственного самосознания врачебного общества // Биоэтика. – 2008. - № 1 . – С.4-10
- 4.Ткач Е.П. Соотношение корпоративных, юридических и этических регуляторов качества оказания медицинской помощи и предоставления медицинских услуг: автореф. дис. канд. мед. наук/Е.П. Ткач. - Волгоград. – 2006. – 25 с.
- 5.Шилова Л.С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения/Л.С. Шилова//Социологические исследования. - 2007.- №9.- С.102-109
- 6.Lupton D. Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies/ D. Lupton . - London. New Dehli: SAGE Publication, 1994.- 193 с.

