

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616-052(005):[(470)+(1-87)].001.5

Л.Е.Петрова

ТИПОЛОГИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ В РОССИЙСКИХ И ЗАРУБЕЖНЫХ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

ГОУ ВПО Уральский государственный педагогический университет, Екатеринбург

РЕЗЮМЕ

В статье дана сравнительная характеристика российских и зарубежных социологических типологий пациентов. Указано на необходимость учета социокультурных особенностей пациентов для оказания эффективной медицинской помощи. Охарактеризованы цели собственно научного и практического использования результатов типологизации пациентов по данным социологических исследований.

Ключевые слова: особый пациент, социокультурный анализ пациентов, типологизация пациентов.

SUMMARY

L.E.Petrova

TYPOLOGY OF PATIENTS IN RUSSIAN AND FOREIGN SOCIOLOGIC STUDIES: COMPARATIVE ANALYSIS

A comparative characteristic of Russian and foreign sociologic typologies of patients is presented in the article. Social and cultural peculiarities of patients are pointed out to be very important in effective medical treatment. The aims of scientific and practical application of results of patients' typology according to sociologic researches are formulated.

Key words: special patient, social and cultural analysis of patients, typology of patients.

Современные требования к качеству профессиональной деятельности врача предполагают учет особенностей пациентов – знание не только клинического, но и социального анамнеза, использование информации о принадлежности пациента к той или иной социокультурной группе и пр. Использование такой информации дает специалисту шанс повысить качество оказываемой помощи за счет мотивации пациента и имеющихся у него ресурсов. Дифференциация пациентов может строиться на различных основаниях. В современной практике российского здравоохранения указание на особых пациентов (необычных, исключительных, своеобразных, отличных от других по степени проявления определенных характеристик) не является ни стратегическим, ни тактическим вектором

изменений во взаимоотношениях врача и пациента. Помимо указания на особый статус 1) пациентов, представляющих клиническую угрозу и продиктованные этим особые правила оказания медицинской помощи (как правило, наличие инфекций), а также 2) группы пациентов, выделенных по идеологическим соображениям (так, ветераны Великой Отечественной войны традиционно указываются как особые – то есть требующие особого отношения), в описаниях взаимодействия врача и пациента не выделяются никакие другие группы.

И здесь фиксируется противоречие. С одной стороны, врач должен всем пациентам оказывать одинаково качественную помощь, с другой – учитывать особость, уникальность конкретного пациента. Институционально антидискриминационное требование закреплено в «Клятве врача»: [врач клянется] ... «внимательно и заботливо относиться к больному, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств...». Международный контекст – в Женевской декларации: «... я не позволю, чтобы религиозные, национальные, расовые, политические или социальные мотивы помешали мне исполнить свой долг по отношению к пациенту...». Большинство из указанных дифференцирующих признаков пациента относительно легко выявить и контролировать во взаимодействии между врачом и пациентом. Но как быть, например, с убеждениями? Ведь это не обязательно убеждения политические, речь может идти об установке на нездоровый образ жизни, убеждениях в бесполезности ухода за телом и пр. Если не учитывать такие различия между пациентами, медицинская помощь может не быть эффективной. Эти вопросы рассматриваются в том числе в контексте медицинской этики. Но с социологической точки зрения важно учитывать и социальные различия между пациентами. Частью профессиональной компетентности врача является составление своего рода социального портрета (не анамнеза) пациента – учет имеющихся у него ресурсов (не только материальных), жизненных ценностей,

установок на будущее и пр.

Очевидные процессы существенной социальной дифференциации в российском обществе не могут не формировать определенные потоки пациентов – к определенным специалистам, в определенные медицинские учреждения, с определенной частотой и пр. Конструирование статуса особого пациента, выделенного по продиктованной практикой оказания медицинской помощи критериям, является потенциально важным для повышения качества профессиональной деятельности врача.

Как безопасно и эффективно совместить установку на антидискриминационный характер оказания помощи и учет статуса особого пациента? Среди возможных вариантов построения такой стратегии профессионального поведения – рефлексия в практике поведения врача, дидактическое (учебно-методическое) обеспечение решения дилеммы «дистанции – сопричастности», а также знакомство с результатами междисциплинарных исследований в этой сфере. На наш взгляд, знание и использование врачом критериев дифференциации пациентов – простой и эффективный способ повышения качества оказания медицинской помощи.

Таксономия (классификация, построение «периодической системы») пациентов может быть произведена на результатах социологических исследований. Социология медицины в зарубежной традиции – устоявшаяся дисциплина, о чем свидетельствует значительное число научных дискуссий (дебатов – как там принято это называть), сопровождавшихся методологическими поворотами во взгляде на медицину, здоровье и взаимоотношения в этом институте (от Л.Вирта и Т.Парсонса – к Р.Мертону и Г.Беккеру, от Е.Фрейдсона – к И.Илличу, от И.Зола – к М.Фуко и пр.). Отечественная социология медицины дискуссиями не богата, но в 1990-е – 2000-е гг. и теоретических, и эмпирических исследований стало значительно больше (наиболее значимые публикации – у Дмитриевой Е.В., Журавлевой И.В., Мансурова В.А., Назаровой И.Б., Решетникова А.В., Тимченко Н.С., Шишкина С.В. и др.). Основной фокус внимания российских социологов – качество и эффективность оказания медицинской помощи, в том числе в рамках реформы здравоохранения, здоровье занятого населения, врачи как социально-профессиональная группа, взаимоотношения между врачом и пациентом.

В российской социологии заявлена «социология пациента» как отраслевая социологическая теория. Ее разработкой занимается, в частности, С.А.Ефименко. Думается, трудно рассматривать социальную роль пациента в отрыве от реализации социальных ролей в системе здравоохранения – врачей, медсестер, управленцев, сопутствующей инфраструктуры – например, фармации и пр. Поэтому мы склонны полагать, что, несмотря на тенденцию дифференциации социального знания, комплексное исследование пациентов как группы с реализацией соответствующих ролей следует относить в целом к социологии медицины.

Пациенты – ключевой элемент здравоохранения как социального института – рассматриваются социологами, как правило, с позиции удовлетворенности оказываемыми медицинскими услугами. В результате образ пациента в публикациях – неудовлетворенный, имеющий массу претензий к здравоохранению, не умеющий распоряжаться своим здоровьем человек. Эта информация не может заинтересовать практиков в здравоохранении (врачей, руководителей медицинских учреждений) и преподавателей учебных заведений высшего и среднего медицинского образования – такие данные неконструктивны, мало что дают врачу для работы. Более того, образ пациента-«зануды» лишь усиливает негативный дисбаланс доверия между врачом и пациентом. А именно дефицит доверия – одна из ключевых проблем во взаимодействии между российским врачом и пациентом-россиянином. Пациент в системе здравоохранения предстает как бесправный и зависимый, в то время как с юридической точки зрения он имеет достаточные права и свободы. Пациенты не солидаризируются в своем статусе, несмотря на массовый характер неудовлетворенности медициной.

Востребованность социологической информации для практиков и теоретиков медицины лежит, в том числе, в плоскости типологизации пациентов. Знание современного пациента – это возможность отнесения его к определенному социокультурному типу. На основе такой дифференциации повышение качества оказания медицинских услуг населению реально.

Для обзора мы использовали публикации отечественных социологов и зарубежных авторов. Тексты отобраны по ключевым словам в названии, отражающим цель исследования.

Итак, как типологизируются пациенты в исследованиях российских и зарубежных социологов?

Типология 1. Л.М.Астафьев в статье «Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи» [2] на основе данных анкетного опроса трудоспособного городского населения Москвы, Санкт-Петербурга, Кирова, Тамбова осуществил факторный анализ. Была выстроена типология пациентов по удовлетворенности медицинской помощью:

1) оптимисты (воспринимают все аспекты оказания медицинской помощи в положительном ключе, не видят недостатков);

2) пессимисты (оценивают качество медицинской помощи как низкое, акцентируют внимание на негативных моментах оказания медицинской помощи и плохом отношении к пациентам медицинских работников);

3) прагматики (четко фиксируют наличие или отсутствие отдельных видов услуг, доступности или недоступности специалистов и т. д., не давая оценочных суждений);

4) меркантилисты (фокусируются на материальной стороне оказания медицинской помощи, официальных и теневых платежах и других затратах необходимых для получения медицинских услуг нужного объема и качества).

Другой критерий типологизации пациентов Л.М.

Астафьев называет «отношение к заболеванию и методам борьбы с ним». Здесь автор зафиксировал 6 типов пациентов: «доверчивый» – нейтральное восприятие болезни, положительное отношение к лекарствам, несамостоятельное отношение – к лечению и пассивное – к профилактике; «борец» – нейтральное восприятие болезни, положительное отношение к лекарствам, самостоятельное – к лечению и пассивное – к профилактике; «здоровяк» – антагонистическое восприятие болезни, нейтральное отношение к лекарствам, самостоятельное – к лечению и активное – к профилактике; «народник» – фаталистическое восприятие болезни, отрицательное отношение к лекарствам, самостоятельность – в лечении и пассивность – в профилактике; «недоверчивый» – нейтральное восприятие болезни, отрицательное отношение к лекарствам, несамостоятельное – к лечению и пассивное – к профилактике; «фаталист» – пассивное восприятие болезни, нейтральное отношение к лекарствам, несамостоятельное – к лечению и пассивное – к профилактике.

Автор делает вывод, что «сам факт того, что на основе использования факторного анализа удалось выделить, а на базе разработанных теорий проинтерпретировать указанные типологии пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений, говорит о наличии устойчивых, внутренне однородных, количественно и качественно отличных друг от друга групп населения, которые являясь потребителями медицинских услуг, функционируют в соответствии с собственными убеждениями, личным опытом и мировоззрением». Действительно, любое общество таково – количественно и качественно различные группы людей, которые функционируют в соответствии с собственными убеждениями, личным опытом и мировоззрением. Так что такой вывод вряд ли что-то добавляет теоретической социологии. А полезна ли эта типология для практических целей? В какой-то мере, да. Врачи могут подтвердить свои обыденные наблюдения на основе собранных эмпирических данных. С социологической точки зрения, выделенные критерии небесспорны. Нам представляется, что используемые для типологизации индикаторы носят оценочный характер. Отсюда – и номинация типов пациентов, также лишенная научной нейтральности.

Классические примеры типологии пациентов в зарубежной исследовательской традиции фиксируются с конца 1960-х гг. Необходимо отметить, что это был значимый этап в развитии социологии медицины – критика парсонсианской модели взаимоотношений врача и пациента, значительное число эмпирических исследований, в том числе основанных на интерпретативной парадигме. Это сказалось и на таксономии пациентов – во многих проектах она строилась как восходящая стратегия, «снизу» – на основе нестандартизированных интервью, включенного наблюдения.

В зарубежной – в особенности североамериканской – социологии активно используется термин «особый пациент», то есть пациент, отличающийся от других по степени проявления, демонстрации своей социальной роли, заметный среди других, значительный для

феноменального понимания. Заслуживает внимания и другая группа пациентов – «проблемные». Так, H.Fabrega, R.J.Moore, J.R.Strawn [4] считали, что таковым может считаться пациент, «предъявляющий интенсивные и экстенсивные требования относительно роли и времени врача, доставляющий административные и управленческие трудности медикам и часто фрустрирующий врачей, которые пытаются ему помочь». Как показала на примере стоматологической клиники Е.С.Александрова «особый» пациент не всегда является «проблемным», но сама по себе «проблемность» пациента – индикатор его «особого» клинического статуса [1].

В интервью с врачами-практиками и менеджерами в здравоохранении мы слышали практически выделяемый тип российских пациентов – «экстремалы». Очевидна схожесть с проблемными пациентами, выделенными в эмпирических исследованиях.

Типология 2. Интересна и актуальна для отечественной практики типология пациентов, выделенная J.Richman, W.O.Goldthorp [5]. Классификация включает следующие типы «особых» пациентов:

1) «пациенты не по адресу», пришедшие или направленные к этому врачу, но имеющие симптомы вне его квалификации;

2) «пациенты-носители экстр. информации», при помощи которых врач может получить дополнительную, не имеющую отношения к болезни (например, о том, как работают другие врачи, оценить их профессио-нализм и т.д.);

3) «непослушные пациенты», не соглашающиеся с планом лечения, предложенным врачом, и нуждающиеся в дополнительном разъяснении со стороны врача;

4) «профессиональные пациенты», уже посетившие множество врачей, владеющие медицинской лексикой. Здесь можно выделить 2 подтипа:

а) первый относится к пациентам, посещавшим врачей различных специальностей;

б) второй – к тем, кто имел долгий опыт лечения в области, не имеющей отношения к данной. Такие пациенты стремятся к тому, чтобы его идентифицировали со специалистом;

5) «повторные пациенты», регулярно посещающие врача и благодаря длительности взаимоотношений с врачом приобретающие статус «квази-друзей»;

6) «пациенты с определенным персональным статусом», имеющие отношение к врачу за пределами медицинского интервью, в других сферах его жизни.

Типология 3. Еще один вариант типологии пациентов представлен в исследованиях H.Fabrega, R.J.Moore, J.R.Strawn [4]. Значимы два параметра: степень ипохондрии пациента (с позиции врача) и степень, в которой поведение пациента может быть расценено врачом как вызов его профессиональной компетенции. Е.С.Александрова на основе материалов этого исследования представила номинацию пациентов:

1) «слишком активные пациенты» настаивают на проведении медицинских манипуляций, оцениваемых врачом как неадекватные;

2) «мнимые пациенты» обращаются со слишком тривиальными или вообще неадекватными жалобами;

3) «мнительные пациенты» заявляют, что страдают от заболеваний, о которых они узнали по телевидению или из журналов;

4) «коммуникативно голодные пациенты» – те, кто не имеет физиологических проблем, но приходят к врачу, чтобы просто поговорить с кем-то;

5) «пациенты-маркетологи» обходят специалистов в поисках врача, готового говорить им то, что они хотят услышать;

6) «пациенты-мошенники» просят врача о фальсификации медицинского заключения;

7) «пациенты с претензиями», настаивающие на направлении их к другому специалисту, указывающие на то, что только другой специалист может поставить корректный диагноз, назначить правильное лечение и т.д.

Приведенные варианты типологии пациентов основаны на результатах социологических исследований. Общим для отечественной и зарубежной типологии является использование «внемедицинских» критериев – это поведенческие особенности, которые напрямую не связаны со здоровьем/болезнью.

Особенностью зарубежной классификации пациентов можно считать отсутствие установок на неравенство в оказании помощи в системе здравоохранения. Не проблематизируется удовлетворенность оказанием помощи – ясно, что пациент (клиент) все равно добьется адекватного качества. В российской практике, несмотря на активную риторику последних лет, пациент до сих пор не умеет добиваться оказания медицинской услуги соответствующего качества. Отсюда и важный критерий типологизации – степень удовлетворенности оказанной медпомощью.

Итак, по нашему мнению, поведенческие, «внемедицинаментозные» особенности пациента имеют существенное значение для оказания эффективной помощи со стороны врача. Б.П.Красовский [3], указывая на различия во взаимоотношениях врача и пациента в российских условиях и «на западе» пишет: «Трудности при контакте врача и больного в существенной мере зависят от состояния последнего в лечебном учреждении. Представляется, что его индивидуальные особенности в данной ситуации как бы отходят на второй план». В данной позиции игнорируется жизненная ситуация пациента. Конечно, острое состояние не может не влиять на отношения между врачом и пациентом – прежде всего, усиливая зависимость последнего. Чем более острым является состояние пациента, тем более асимметричны его взаимоотношения с медперсоналом. Но что происходит в ситуации профилактического, кон-

сультативного приема? На первый план выходит жизненная стратегия пациента, его ценности, особенности образа жизни. Рекомендации доктора могут быть эффективны только в том случае, если будут услышаны, а значит – прозвучат в контексте жизненных установок пациента.

Значение типологии пациентов тем более важно, что реальная практика профессиональной помощи врача – это поток пациентов, и каждому из них за 11-14 минут надо оказать эффективную помощь, притом – с учетом его социокультурных особенностей. Но в этом и прагматизм социологической типологии пациентов – такую информацию можно использовать оперативно. Таким образом, типология пациентов на основе данных социологических исследований имеет две основные цели: 1) практическую – дать практикующим врачам основу для социокультурного анализа пациента; и 2) собственно научную – в динамике наблюдать российских пациентов, отвечая на вопрос – как изменения в системе здравоохранения влияют на установки и повседневные практики в сфере здоровья.

Рассмотренные критерии типологизации пациентов отражают уже проведенные исследования. Представляется, что возможны другие основы дифференциации пациентов, которые будут положены в основу новых социологических проектов. Например, существенное влияние оказывает сила социальных связей, доступ и активность в работе с информационными ресурсами, семейные практики ухода за телом и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Е.С. Социологический анализ восприятия пациента врачом-стоматологом: «особые» пациенты и их медицинская карьера. Магистерская диссертация. М., 2005. 58 с. URL: <http://ecsocman.edu.ru/text/19295597> (дата обращения: 15.10.2008).
2. Астафьев Л.М. Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи // Социологические исследования. 2005. №6. С.136–140.
3. Красовский Б.П. Взаимоотношения врача и пациента на западе // Социологические исследования. 2002. №6. С.122–127.
4. Fabrega H., Moore R.J., Strawn J.R. Low income medical problem patients: some medical and behavioral features // J. Health Soc. Behav. 1969. Vol.10. №4. P.334–343.
5. Richman J., Goldthorp W.O. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure // Soc. Sci. Med. 1977. Vol.11, №4. P.265–276.

Поступила 01.02.2011

*Лариса Евгеньевна Петрова, доцент кафедры теоретической и прикладной социологии,
620017, г. Екатеринбург, просп. Космонавтов, 26;
Larisa E. Petrova,
26 Kosmonavtov Ave., Yekaterinburg, 620017;
E-mail: docentpetrova@gmail.com*