

уникальность и инновации, поэтому нужно развивать потенциал каждого ребенка, не оставляя его на уже проложенном, удобном для социума пути.

Литература

1. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. – М.: Медиум, 1995. – 323 с.
2. Денисенко Л. И., Кораблева Г. Б. Методология и методика мониторинговых исследований качества общего образования // Л. И. Денисенко, Г. Б. Кораблева – Екатеринбург: издательство Уральского университета, 2005. – 139 с.

Клейменов М.В.,
г. Екатеринбург

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СЕЛЬСКОГО ВРАЧА И ПАЦИЕНТА: КОЛЛЕГИАЛЬНОСТЬ И ПАТЕРНАЛИЗМ?

В декабре 2013 года в рамках социологического исследования «Взаимодействие медицинских работников и пациентов в системе сельского здравоохранения» была проведена серия интервью с медицинским персоналом сельского больничного учреждения.

Мы использовали полуструктурированное интервью с наличием открытых вопросов. Информантам заявляли тему: отношение медицинских работников к пациентам, пользующихся их услугами. Каждое интервью записывалось нами на бумажный носитель, потому что медицинские работники отказались от аудиозаписи беседы.

Актуальность нашего исследования заключена в том, что система российского здравоохранения испытывает реформирование и реструктуризацию. Сокращается число больничных учреждений,

оказывающих медицинскую помощь сельскому населению, в 2005 году составляло 3637, в 2006 – 1619, в 2007 – 1440, в 2008 – 1387 [1]. В условиях естественной убыли народонаселения, наличие «лишних» медпунктов решается весьма простым способом – сокращением. Несомненно, закрытие медпунктов является негативной переменной в жизни села. С 1995 по 2010 гг. происходит быстрое сокращение числа больничных учреждений всех типов. В целом по России сократилось с 12064 до 6308. В Уральском федеральном округе с 960 до 574, отдельно в Курганской области – с 96 до 54 [2, с.142-144].

Целью нашего исследования был анализ взаимодействия медицинских работников с пациентами, основная гипотеза: пастырская модель взаимодействия будет замещена коллегиальной.

Предметом нашего исследования стало взаимодействие медицинских работников с пациентами.

Объектом нашего исследования послужила команда медработников Кривского больничного учреждения: 5 человек, и в ходе сбора эмпирического материала в декабре 2013 года был опрошен еще 1 человек (врач), который временно находился в сельской местности.

Сплошной отбор применяется для исследования социальной общности медицинских работников, поскольку численность персонала лечебных учреждений составляет 5 человек. Уровень доступности объекта достаточно высокий.

Система сельского здравоохранения представляет собой упорядоченную совокупность элементов как управление, медицинские учреждения, оказание медицинских услуг, нормы и санкции и взаимодействие общностей. Мы придерживались теории Питирима Сорокина, заявляя, что социальное взаимодействие является простейшим общественным явлением, которое можно использовать в качестве некой «клеточки» более сложных социальных феноменов [3, с.98].

Мы также использовали концепцию взаимодействия «врач-пациент» американского биоэтика Роберта Витча [4]. Американский исследователь выделял четыре типа взаимодействия врача и пациента.

Во-первых, инженерный тип взаимодействия, в рамках этой модели пациент воспринимается медперсоналом как безличный механизм. Медицинский работник обязан исправить отклонения в неисправном физиологическом механизме. Основным недостатком этого типа взаимодействия является технократический подход к пациенту, противоречащий идее уважения прав и достоинства личности. Пациент фактически не участвует в обсуждении процесса лечения. В современном здравоохранении медработник действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Примером может служить стоматологическая клиника, офтальмологическая клиника.

Во-вторых, патерналистский тип взаимодействия, в котором взаимодействие подобно отношению отца и ребёнка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту – любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость. Они отражены в клятве Гиппократа. В современной медицине такая модель является пока одной из предпочтительных и распространённых. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник-подчиненный», где устанавливается жесткий непоколебимый авторитет медработника.

В-третьих, коллегиальный тип взаимодействия представляет такую форму отношений, где господствует принцип равноправия. Медицинский работник сообщает информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между медработником и пациентом скорее

исключение из правила. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента [4]. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно при хронических заболеваниях.

В-четвертых, контрактный тип взаимодействия – это взаимоотношения медработника и пациента на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор о медицинском обслуживании с медицинским учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несет свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место.

Следует сказать, что в американской социологической практике отсутствует разделение определений «взаимодействие» и «взаимоотношения», что несколько приводит к понятийной путанице. Необходимо сказать, что понятие «взаимодействия» шире «взаимоотношения», поскольку последнее определяет наиболее устойчивые социальные связи, а само социальное взаимодействие обозначает наличие связей любой степени длительности и тесноты.

Одним из главных залогов коллегиальной модели взаимодействия медицинского работника и пациента являются доверительные отношения, те социальные связи, которые строятся на доверии. О таком было сказано, прежде всего, всеми двумя врачами (людьми с высшим медицинским образованием), и двумя фельдшерами (людьми со средним профессиональным образованием). А вот медицинские сестры усомнились в важности доверительных отношений, и прежде всего, указали важность роли профессионализма, опыта работы и образования. Медсестры только исполнители, поэтому у них сложилось такое отношение к уровню образования. Врачи и фельдшеры настроены более демократично, что соответствует одному из принципов коллегиальной модели.

Среди врачей характеристики доброты, отзывчивости и чистоплотности в профессии медицинского работника выражены наиболее чем. А вот характеристики - профессионализм, опыт работы, талант оценены как некие второстепенные по отношению к характеру человека. Медицинские работники (врачи и фельдшеры) считают, что опыт работы, профессионализм можно наработать с годами, методом проб и ошибок. Медицинские сестры данного больничного учреждения оценили профессионализм, опыт работы выше доброты и отзывчивости. Мы предполагаем, что причиной тут является отсутствие высшего профессионального образования, возможно, что они в прошлом планировали его получить, но их жизненный путь пошел иным путем.

В плане общения медработника и пациента – и врачи, и фельдшеры, и медсестры ожидают только одного – постановки точного, правильного диагноза. Медицинские работники готовы общаться только на четко оговоренные темы. Не любят неконкретные ответы на вопросы о заболевании. Пациент в их представлениях должен четко отвечать, должен знать, что болит, тревожит.

Сельские медработники назвали своей основной обязанностью – лечение обратившихся к ним за помощью людей, и проведение работ по профилактике заболеваемости среди местного населения и всероссийской диспансеризации населения.

Исходя из данных закрытых вопросов интервью, элементы из патерналистской модели взаимодействия между медработниками и пациентами являются превалирующими. Медперсонал считает, что утешение больных и занятие позиции начальника над пациентами – одни из главных условий для эффективной медицинской работы. Мы можем объяснить такое мнение тем, что медперсонал состоит из людей «советского прошлого», того времени, когда патерналистская модель признавалась лучшим достижением

эпохи. Соответственно, пожилые медработники остались верны советской традиции, что «врач знает лучше».

Сельские медицинские работники видят идеального пациента, обладающим самым важным качеством – конкретикой в разговоре. Медработники имеют потребность при общении с пациентом получение не только достоверной информации, но и правильно изложенной. Если пациент будет путаться в «показаниях», то он нанесет не только ущерб репутации врача, но и ущерб своему здоровью.

Другие качества пациента были выбраны врачами: выполнение всех указаний медработника (инженерная модель взаимодействия), беспомощность и зависимость от врача на приеме (патерналистская модель взаимодействия), равноправие участников при принятии курса лечения (коллегиальная модель взаимодействия). Смеем предположить, что данное разнородное сочетание элементов разных моделей взаимодействия в связи с динамичными процессами смены основной (патерналистской) модели взаимодействия между медработниками и пациентами. Но поскольку самым главным для врачей остается опека над пациентами, то патернализм старых советских лет еще остается в системе сельского здравоохранения. Среди врачебно-профессиональной общности системы сельского здравоохранения в последние годы не произошло обновление («омоложение») кадров, поэтому советский патернализм, считавшийся эталоном поведения врача в былые времена, действует и поныне.

В заключение хотелось бы отметить, что выдвинутые нами модели взаимодействия медицинских работников и пациентов не абсолютны. Данные модели взаимодействия отражают стили поведения, отсутствует цель взятия под контроль всех сфер здравоохранения. Сферы деятельности медицинских работников разнообразны, начиная от диагностических процедур и заканчивая непосредственным общением с больными. Необходимо учитывать социальные позиции больного. Он может оказаться

сведущим в этой болезни или даже компетентен в медицине. При работе с анализами больного врач-лаборант фактически не общается с пациентом, он «общается» посредством просмотра анализов химических соединений, и уже посредством отчета высказывает собственные предположения и рекомендации для курса лечения.

Литература

1. Сайт ФГБУ Центральный НИИ Организации и Информатизации Здравоохранения Министерства Здравоохранения РФ. Электронный ресурс. Режим доступа: http://mednet.ru/images/stories/files/statistika/Deyatelnost_i_resursy_uchrejdenii_zdravoohraneniya/2009/Selskoe_zdravoohranenie.pdf [Дата обращения: 20.12.2013]
2. Здравоохранение в России.2011. Стат. сб./Росстат. М., 2011. С. 142-144 [Дата посещения: 20.12.2013] URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/publishing/catalog/statisticCollections/doc_1139919134734
3. Сорокин П. Система социологии. Том 1 и 2. М.: Астрель, 2008
4. Введение в биоэтику / Под ред. Юдина Б.Г., Тищенко П.Д. – М.: Прогресс-Традиция, 1998

Кошелева К.А.,
г. Екатеринбург

СЕМЬЯ КАК АГЕНТ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЕЖИ В УСЛОВИЯХ РИСКОГЕННОСТИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

Период противоречивого реформирования, продолжающийся в России уже более двадцати лет, так или иначе привёл российское общество к состоянию неустойчивости и возникновению постоянных социальных