

СОЦИОЛОГИЯ ПАЦИЕНТА

© А. В. ГУЩИН, 2012
УДК 614.253:681.31

А. В. Гуцин

ИНТЕРНЕТ-ОБЩЕНИЕ КАК МАТЕРИАЛ ДЛЯ АНАЛИЗА ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Волгоградский государственный медицинский университет

Отношения между врачом и больным привлекали пристальное внимание философов, поэтов, а позднее и социологов со времен Гиппократов. Эти отношения к настоящему времени стали темой около 8000 статей, монографий и глав в учебниках. Изучение этой сферы способно рационализировать процесс принятия медицинских решений и усовершенствовать систему здравоохранения [1, 4, 6].

Непосредственное общение (собеседование) с больным — основа медицинской практики. Именно на это врач тратит большую часть своего рабочего времени. Медицинское собеседование выполняет три функции [5, 7]: выясняет природу заболевания; устанавливает, поддерживает и завершает отношения в процессе лечения;

обучает пациента и доводит до него план лечения.

Все функции медицинской коммуникации требуют добросовестного сотрудничества. Так, если пациент не доверяет врачу, он не будет проявлять в беседе необходимой откровенности и выполнять врачебные назначения так тщательно, как это необходимо. Если пациент сильно обеспокоен, он может не понять рекомендаций врача. Характер отношений полностью определяет качество и полноту переданной и принятой сторонами медицинского общения информации [2]. Многие авторы показывают, что пациенты, которых в ходе беседы с врачом побуждают задавать вопросы и активно участвовать в принятии решений, демонстрируют лучшие биологические результаты лечения, лучшее качество жизни и отмечают большую удовлетворенность лечением. В то же время невозможно свести к нулю конфликтность в данной сфере общественных отношений.

Нельзя недооценивать влияние организационных факторов на характер отношений врача и больного: открытость медицинского и обслуживающего персонала клиники, его вежливость дают больному ощущение собственной значимости, защищенности и уважения [3].

В отношениях врача и пациента в современных условиях даже при максимальном совмещении сфер их интересов (достижении консенсуса с максимальным количеством пациентов) всегда останется узкий пограничный слой расхождения интересов и представлений обеих сторон, который будет продолжать порождать конфликты в их отношениях (рис. 1).

Существенно затрудняет формирование долговременных доверительных отношений между пациентом и врачом или клиникой способна рыночная конкуренция, в условиях которой последние зачастую дают необъективную рекламу, преувеличивающую положительный эффект предлагаемого лечения и приуменьшающую затраты на него.

В отношениях врача и пациента напряженность может присутствовать еще и потому, что они предполагают изначальное неравенство сторон в профессиональных навыках и компетентности. В этих условиях даже мелкий обман, нечестность со стороны врача приобретают особую моральную значимость ввиду уязвимого, заведомо подчиненного положения больного. Поэтому медицинская этика требует от врача, чтобы он всегда поступал в интересах больного, даже если эти интересы не совпадают с его собственными.

В настоящее время одним из важнейших источников информации является Интернет, обеспечивающий возможность свободного, бесцензурного общения. Такой источник информации представляет несомненную ценность для исследования характера отношений между врачами и пациентами, включая конфликты между ними. Помимо этого, интернет-информация все больше влияет на отношения врача и пациента, формируя их. Многие больные перед визитом к врачу узнают в Интернете не только о своем заболевании, но и о клинике, в которую собираются обратиться, и о работающих в ней врачах. Приведенные положения определяют актуальность настоящего исследования, имеющего целью анализ количественных и качественных характеристик оценочных интернет-сообщений пациентов, касающихся врачей и медицинских учреждений.

Материалы и методы

Использована методология контент-анализа. Для анализа отобрано 32 действующих русскоязычных форума, из которых было выбрано 48 тем, содержащих отзывы пациентов об отечественных врачах и медицинских учреждениях. Отбор форумов осуществлялся случайно из первой сотни поисковой выдачи по ключевым словам "форум", "отзывы", "клиника", "врачи". Фильтрация по узкой медицинской специализации не производилась.

Зачастую в рамках текста одного сообщения фактически содержится несколько различных смысловых и оценочных блоков. Такие сообщения делились по количеству выделенных блоков на различные самостоятельные сообщения, поэтому далее под термином сообщение будут пониматься не целые авторские сообщения, а выделенные из них отдельные оценочно-смысловые блоки. Общее количество сообщений составило 843. Данные о своей половой принадлежности сообщили 117 участников интернет-общения, из них мужчин оказалось 44,4%, женщин 55,6%. Свой возраст указали 85 человек, из них в возрасте до 18 лет было 3,7% респондентов, 19—29 лет — 52,9%, 30—40 лет — 32,9%, старше 40 лет — 10,5%. Из принявших участие в обсуждениях 82% позиционировали себя как пациенты, а 18% как врачи. Позиционирование определяли как по явно сообщенной пользователем о себе информации, так и по содержанию сообщений. Сообщения врачей в

рамках настоящей работы не рассматривались. Не учитывали при анализе и сообщения, не содержащие конкретных сведений, а отражающие лишь эмоции автора.

Результаты исследования

Важнейшим этапом представленной работы является классификация сообщений пациентов. Результаты предварительного анализа рассматриваемого множества данных показали целесообразность введения регулярной многоуровневой классификационной модели, графическое представление которой представлено на рис. 2.

На 1-м уровне сообщения можно разделить на положительные и отрицательные. К первым относятся сообщения, содержащие благодарность, высокую оценку работы того или иного врача и/или медицинского учреждения, а ко вторым содержащие отрицательную оценку и/или указания на имеющиеся недостатки. Кратко данное разделение может быть обозначено как positive (P) и negative (N).

На 2-м уровне производили деление массива сообщений на подгруппы, относящиеся к работе отдельных врачей и медицинских организаций: doctor (D) и organization (O).

На 3-м уровне выделяли предмет оценки: медицинская информация, ее объем и качество подачи, эмоциональный фон коммуникации, фактический результат диагностики и/или лечения. Кратко данное разделение может быть обозначено как information (I), emotional (E) and results (R).

Представленная выше классификационная схема позволяет производить быструю идентификацию характера сообщения и его кодирование в один из 12 классов, т. е. в форму, пригодную для дальнейшей автоматизированной обработки. Например "PDI" — сообщение, содержащее положительный отзыв о том, как врач объясняет больному его состояние, "NOR" — сообщение с негативным отзывом о результате лечения в медицинской организации и т. д.

В исследованной выборке в соответствии с данной классификацией количество положительных и отрицательных отзывов было сопоставимо, хотя преобладали первые (54,5 и 45,5% соответственно; таблица).

Основную массу положительных и отрицательных сообщений пациенты посвящают общению с конкретным врачом, а не с медицинским учреждением в целом (68,2 и 31,8% соответственно).

Наиболее оцениваемым показателем качества коммуникации с врачом пациенты считают полноту и доступность информации, которую врач предоставляет им. Это подтверждается преобладанием классификационных индексов PDI и NDI, т. е. для пациентов наиболее важным является то, что врач в доступной форме достаточно полно



Рис. 1. Распределение коммуникативных взаимоотношений врача и пациента.

описал заболевание и методы лечения. Вторым по значимости является фактический результат лечения. Наименее часто встречались сообщения, положительно характеризующие эмоциональный фон общения с врачом.

Среди негативных кодов (маркеров конфликтогенности) наибольшее количество сообщений было классифицировано кодом NDI. Вторым по значению оказался код NDE, а третьим — NDR.

Интерес представляет распределение различных типов сообщений в зависимости от пола и возраста автора. Гендерное различие в распределении сообщений по классификационным кодам представлено на рис. 3.

Диаграмма свидетельствует о том, что для сообщений, оставленных женщинами, характерно относительно преобладание оценок эмоционального фона за счет снижения количества оценок качества информации и результатов лечения в сравнении с подгруппой сообщений от мужчин.

Для определения зависимости числа оценок от возраста были выбраны характеристики с кодами PDI и

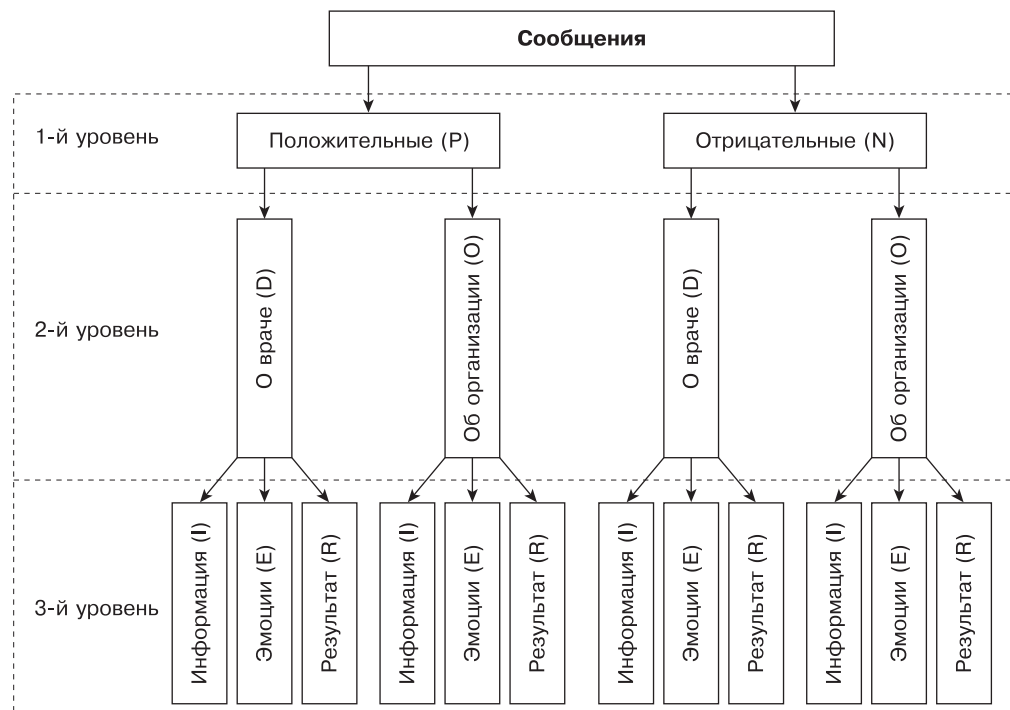


Рис. 2. Дерево классификации сообщений

Распределение анализируемых сообщений согласно трехуровневой классификации

Код	Характеристика	Доля сообщений, %
PDI	Положительная оценка качества информации, полученной от врача	16,7
PDE	Положительная оценка эмоционального фона общения с врачом	9,1
PDR	Положительная оценка результата лечения у конкретного врача	12,1
POI	Положительная оценка информационного обеспечения в медицинском учреждении	4,3
POE	Положительная оценка эмоционального фона при нахождении в медицинском учреждении	5,6
POR	Положительная оценка результата работы медицинского учреждения с пациентом	6,7
NDI	Негативная оценка качества или количества информации, полученной от врача	12,3
NDE	Негативная оценка эмоционального фона общения с врачом	9,6
NDR	Негативная оценка результата лечения у конкретного врача	8,4
NOI	Негативная оценка информационного обеспечения в медицинском учреждении	6,8
NOE	Негативная оценка эмоционального фона при нахождении в медицинском учреждении	4,4
NOR	Негативная оценка результата работы медицинского учреждения с пациентом	4,0

NDI как количественно преобладающие в исследуемой совокупности (рис. 4).

Обращает на себя внимание преобладание негативных оценок в возрастной группе до 25 лет и большее количество положительных оценок в старших возрастных группах, особенно после 40 лет.

Представленные данные свидетельствуют о значительном уровне активного (проявившегося в написании сообщения) недовольства пациентов. Главным поводом для недовольства является неудовлетворительное информационное обеспечение лечебно-диагностического процесса со стороны врача. Кроме того,

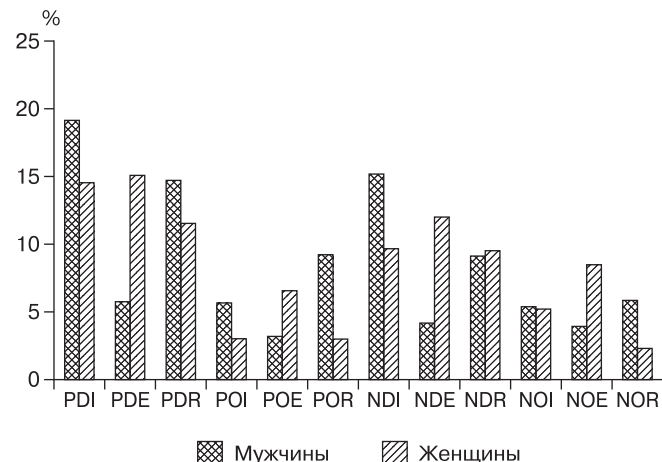


Рис. 3. Гендерные различия в распределении сообщений по классификационным кодам.

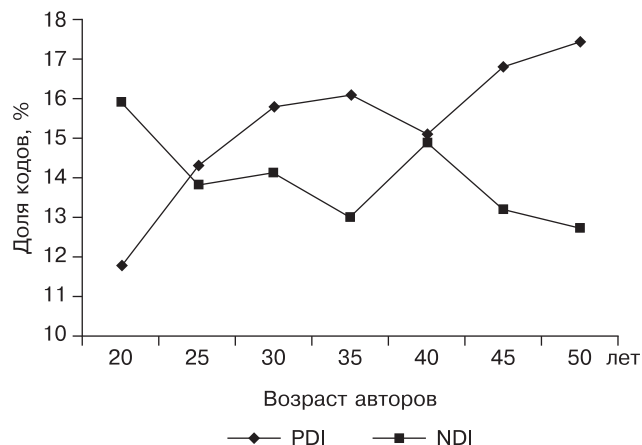


Рис. 4. Распределение сообщений с кодами PDI и NDI по возрасту авторов.

отмечено преобладание отрицательных характеристик информационной работы медицинских учреждений над положительными.

Полученные результаты позволяют сделать несколько практических выводов. Во-первых, необходимо обучать врачей психологическим правилам общения с различными типами пациентов. Врач должен внимательно относиться к тому, как он ведет опрос больного, сообщает ему о заболеваниях и реагирует на просьбы о назначении тех или иных лечебных или диагностических процедур. До сих пор большинство врачей считают специальное обучение этому излишним, хотя важность правильной подачи информации для бесконфликтного общения врача и пациента трудно переоценить.

Во-вторых, необходимым элементом поддержания доверительности в отношениях пациента с врачом и медицинским учреждением в целом является поддержание преемственности. В процессе оказания лечебно-диагностических услуг все действия различных представителей медицинского учреждения, будь то врачи или средний медицинский персонал, должны быть обоснованными и последовательными. Недопустимы произвольные назначения и открытые для больного указания на неправильные действия тех или иных представителей учреждения.

Врачам следует заботиться о защите интересов пациента. При несомненной юридической и экономической благоприятности введения стандартизации в медицинскую практику она остается морально нейтральной. Стандарты не могут описать многообразие клинических случаев. Врач, ставящий согласно медицинской этике интересы больного на первое место, обязан ходатайствовать о проведении в случаях, выходящих за предусмотренные стандартами рамки, дополнительных лечебных или диагностических процедур.

В настоящее время органы управления здравоохранением не применяют универсальной системы оценки удовлетворенности пациентов медицинскими услугами, системы контроля в этой сфере. Изложенные в настоящей работе подходы могли бы стать частью такой системы. Врачи и средний медицинский персонал нуждаются в специальной подготовке к общению с различными, в том числе трудными пациентами, основанном на знании законов психологической реакции на болезнь, поскольку именно эта реакция является зачастую основным фактором конфликтности в отношениях врача и пациента.

Намечающийся переход системы здравоохранения к пациентоцентричной парадигме, должен выражаться в

установлении примата интересов пациента, его жизни и здоровья. В современных условиях ценностные установки пациентов находят все более полное отражение в интернет-общении, что обуславливает важность дальнейшего изучения данной коммуникативной сферы.

Представлены результаты контент-анализа сообщений ($n = 843$) на интернет-форумах, которые отражают мнения пациентов о врачах и медицинских учреждениях. Для анализа массива сообщений введена трехуровневая классификационная схема. Установлено, что наиболее частой причиной недовольства пациентов является их неудовлетворенность количеством и качеством информации, полученной от конкретного врача. На 2-м месте находится неудовлетворительный эмоциональный фон общения с врачом и на 3-м месте — неудовлетворенность фактическим результатом лечения или диагностики.

Ключевые слова: интернет-форум, контент-анализ, конфликт врача и пациента

The internet communication as material to analyze the physician-patient relationship

A.V. Guschin

The Volgograd state medical university, Volgograd

The article presents the results of content-analysis of 843 messages in Internet forums reflecting the opinions of patients about physicians and medical institutions. To analyze messages array the three level classification scheme is introduced. It is established that

the most frequent cause of patients' dissatisfaction is their discontent of amount and quality of information obtained from physician. The second position is for inadequate emotional background of communication with physician. The third position is for discontent of factual result of treatment or diagnostics.

Key words: Internet forum, content-analysis, physician-patient conflict

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2002.
2. Dye N. E., DiMatteo M. R. // The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research / Eds M. Lipkin Jr, S. M. Putnam, A. Lazare. — New York, 1995. — P. 134—144.
3. Gerteis M., Roberts M. J. // Through the Patient's Eyes / Eds M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, T. L. Delbanco. — San Francisco, 1993. — P. 38—41.
4. Gordon G. H., Rost K. // The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research / Eds M. Lipkin Jr, S. M. Putnam, A. Lazare. — New York, 1995. — P. 248—253.
5. Lazare A., Putnam S. M., Lipkin M. Jr. // The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research / Eds M. Lipkin Jr, S. M. Putnam, A. Lazare. — New York, 1995. — P. 3—19.
6. Levinson W., Roter D. // J. Gen. Intern. Med. — 1993. — Vol. 8. — P. 318—324.
7. Lipkin M. Jr. // Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide / Eds M. Feldman, M. Phil, J. Christensen. — Stamford, 1997. — P. 12—14.

Поступила 03.11.11

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012

УДК 613.95:616.314-002-02-058

С. Кнайст¹, Е. Маслак², Р. Царе³, С. Берзина³, С. Скривеле³, Т. Терехова⁴, Н. Шаковец⁴, М. Вагнер⁵,
В. де Мура-Зибера¹, Р. де Мура¹, А. Борутта¹, Е. Арженовская²

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ РАННЕГО ДЕТСКОГО КАРИЕСА: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПЯТИ СТРАНАХ

¹Сотрудничающий центр ВОЗ по стоматологическим заболеваниям Университета Йены им. Фридриха Шиллера, Германия; ²ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет; ³Страдинс университет, Рига, Латвия; ⁴Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь;

⁵Университет Йены им. Фридриха Шиллера, Германия

Кариес зубов является многофакторным заболеванием, развитие которого обусловлено, в частности, взаимодействием кариесогенной микрофлоры зубной биопленки с поверхностью зубов, причем характер взаимодействия модифицируется питанием, приемом медикаментов, гигиеническим уходом и другими факторами

С. Кнайст — д-р, проф. (susanne.kneist@med.uni-jena.de); Е. Маслак — д-р мед. наук, проф. каф. (emaslak@yandex.ru); Р. Царе — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (rcare@latnet.lv); С. Берзина — д-р мед. наук, проф. каф. (sandra.berzina@stradini.lv); С. Скривеле — д-р, каф. (simonaskrivele@e-apollo.lv); Т. Терехова — д-р мед. наук, проф., зав. каф. (tsetam@mail.ru); Н. Шаковец — канд. мед. наук, доц. каф. (n.shakavets@gmail.com); М. Вагнер — сотр. отдела бизнес-статистики (Maik.Wagner@wiwi.uni-jena.de); В. де Мура-Зибера — д-р (Vanessa_de_Moura_Sieber@gaba.com.); Р. де Мура — д-р (rldemoura@aol.at); А. Борутта — д-р, проф. (annerose.borutta@med.uni-jena.de); Е. Арженовская — клин. ординатор (acontario@rambler.ru).

[2, 12—14, 16]. Социальные и поведенческие факторы, такие как низкий уровень мотивации семьи к санологическому поведению, низкий уровень комплаентности в выполнении рекомендаций стоматолога, невысокий образовательный уровень, низкий доход семьи, недостаточный уход за полостью рта, отсутствие привычки регулярного посещения стоматолога и др., также вносят существенный вклад в повышение риска развития кариеса зубов у детей и взрослых [2—4, 7, 9, 11, 14].

Агрессивное течение раннего детского кариеса приводит к быстрому разрушению молочных зубов, снижению качества жизни детей в связи с болевыми симптомами, воспалительными процессами, невозможностью полноценного питания, нарушением окклюзии, речи и психологического состояния, необходимостью стоматологического лечения. Высокая распространенность заболевания и сложность стоматологического лечения детей