

На правах рукописи

ЧЕЧУЛИНА
Ирина Анатольевна

**ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

14.00.52 – социология медицины

Автореферат
диссертации
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Волгоград - 2006

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ

Научный руководитель	кандидат медицинских наук, доцент ИЛЬИН Владимир Яковлевич
Научный консультант	кандидат медицинских наук, доктор социологических наук, профессор ДЕЛАРЮ Владимир Владимирович
Официальные оппоненты	доктор медицинских наук, профессор СЕРДЮКОВ Анатолий Гаврилович кандидат социологических наук РУСОВ Евгений Иванович
Ведущая организация	Кубанский государственный меди- цинский университет

Защита состоится 23 июня 2006 г. в 11.30 часов на заседании диссертационного совета Д 208.008.04 при Волгоградском государственном медицинском университете по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, ауд. 4-07.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоградского государственного медицинского университета.

Автореферат разослан «__» мая 2006г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
доцент

Л.М. Медведева

Актуальность темы исследования. Два направления социальных изменений в современном обществе определяют развитие медицины в целом и военной медицины, в частности – внедрение новых биотехнологий в медицинскую практику, новых методов лечения и лекарственных средств и демократизация общественной жизни. Эти два, внешне несопоставимых, процесса, тем не менее, обусловили обострение внимания к правам пациента в медицине. С одной стороны, пациенты получают возможность выбора, благодаря повышающемуся разнообразию средств и методов лечения. С другой стороны, они получают возможность этот выбор реализовать, так как их права расширяются и обеспечиваются все новыми юридическими и этическими документами демократического характера.

Но особенностью медицинской помощи в армейских условиях является то, что первичными социальными ролями и для врачей, и для пациентов, являются роли военнослужащих. Это, с одной стороны, ограничивает права пациентов и более жестко структурирует права врачей, а с другой – требует повышенного внимания к охране этих прав.

Конфликт социальных ролей военнослужащих и пациентов, офицеров и врачей может объективироваться при неправильной организации медицинского обслуживания. Этот вопрос должен решаться в исследовательском поле военно-медицинских наук. Но необходимый эмпирический материал может и должен быть собран социологией медицины. Потому что только здесь существует реальная возможность сопоставления военных и гражданских ролей, возможность оперировать данными разных наук и проводить полевые исследования, как в войсках, так и в гражданских ЛПУ.

Кроме того, разработанная в социологии медицины концепция социальной роли больного (Т.Парсонс) позволяет показать социальный смысл такого специального феномена как военно-медицинская практика, разработать рекомендации по повышению эффективности медицинской помощи призванным на военную службу гражданам.

Цель исследования – изучить специфику отношений врача и пациента в военно-медицинской практике и разработать рекомендации по оптимизации системы охраны прав пациентов-военнослужащих.

Для реализации цели исследования необходимо было решить следующие **задачи**:

- выявить особенности профессиональной деятельности военных врачей в ситуации вооруженных конфликтов;
- определить особенности формирования социальной роли военных врачей в мирных условиях;
- рассмотреть распределение профессиональных ролей в военной медицине;
- описать социальную роль пациента и ее особенности в военно-медицинской практике;
- проанализировать на конкретном социологическом материале восприятие пациентами-военнослужащими хирургического профиля своей социальной роли;
- выяснить отношение врачей-офицеров к пациентам-военнослужащим.

Объект исследования – система оказания медицинской помощи в Вооруженных Силах РФ.

Предмет исследования – отношения врача и пациента в военно-медицинской практике

Гипотеза исследования. Социальная роль военного врача является приобретенной, формальной, комплексной ролью, которая включает как функциональные обязанности военнослужащего, так и профессиональные обязанности медицинского работника. Следовательно, она шире по масштабу, чем роль гражданского врача. Пациенты военно-медицинской практики обладают тем же статусом, что и пациенты гражданские, но по своему положению в системе военной службы часто бывают ниже по званию, чем их лечащий врач. Эта соподчиненность может сказаться на ходе лечения. Кроме того, военная медицина имеет бинарный характер, поскольку помощь оказывается пациентам как в мирное, так и в военное время. Конфигурация соци-

альных ролей в мирное и военное время может меняться, более того, основные признаки роли имеют разное значение в обычных и в экстремальных условиях. Автор предполагает, что ограничение автономии пациента и более строгое представление о его правах и правах врача в военной медицине не является конфликтообразующим, а, наоборот, обеспечивает надлежащее качество медицинской помощи. Данная гипотеза проверялась методами социологии медицины.

Научная новизна работы состоит в том, что впервые в категориальном поле социологии медицины исследована ролевая конфигурация военно-медицинской практики как специфического вида медицинской помощи, связанного с необходимым ограничением прав пациента.

Диссертант обнаружил, что в условиях боевых действий реализуется соподчиненность социальных ролей военных врачей – ведущей является роль офицера. Это объясняется тем, что в ней реализуются защитные – по отношению к роли профессионала-медика – функции.

В отличие от этого в условиях боевых действий у раненых социальная роль пациента превалирует над социальной ролью военнослужащего. Это объясняется тем, что они а) нуждаются в срочной медицинской помощи и б) не могут выполнять свои обязанности, ассоциированные с ролью военнослужащего.

Адаптация к социальной роли военного врача имеет сложную психофизиологическую основу и, в зависимости от исходной мотивации, может заканчиваться к 5-6-му году службы. Больше трудностей у молодых выпускников военно-медицинских вузов возникает при адаптации к роли офицера, меньше – к роли врача. Ее они считают основной. Руководители военных ЛПУ считают более важным для себя профессиональное совершенствование в области медицины.

Установлено, что модель роли больных фокусируется на взаимодействии между больным человеком и преобладающей системой здравоохранения. Модель роли пациента-военнослужащего фокусируется на одной определен-

ной системе – системе военно-медицинской помощи. Роль больного может быть как формальной, так и неформальной. Роль пациента-военнослужащего всегда формализована.

Права пациента в военном госпитале реализуются не в способности принять решение самому, а в выборе агента принятия этого решения. Если признать, что существуют три категории пациентов: те, кто не в состоянии принимать решение по физиологическим причинам, те, кто не в состоянии принимать решения, потому что не умеют и не хотят и те, кто может и хочет сам решать свою судьбу как пациента (А.А.Бондарев), то среди пациентов-военнослужащих будет преобладать первая и вторая группы.

Сделан вывод о том, что, несмотря на детерминантное значение роли пациента над ролью военнослужащего, последняя создает объективные и необходимые ограничения автономии в военной медицине.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. Отличительной особенностью роли военного врача от роли гражданского врача является выраженность организаторских и волевых качеств. Это объясняется существенной для этой группы ролевой координацией (влияние роли офицера на роль врача). Комплексы профессионально-выраженных качеств (ПВК) социальной роли военного врача по данным исследования врачей-специалистов хирургического и терапевтического профилей в экстремальных условиях были схожими по своей структуре, во многом приближаясь к структуре ПВК врачей-хирургов в мирное время. Динамика изменений в компонентах социальной роли у хирургов и терапевтов, однако, разная.

2. Пациент-военнослужащий не стоит перед выбором – обращаться к врачу или не обращаться, эту проблему решает за него командир. Выполнение роли пациента связано для военнослужащего с пребыванием в строго определенном месте – военном госпитале или медсанчасти. В случае серьезных заболеваний пациент-военнослужащий освобождается не просто от выполне-

ния текущих обязанностей первичной социальной роли военнослужащего, но и вообще от этой роли.

3. Наличие медицинского отбора при поступлении в группу военнослужащих обуславливает большее ограничение в номенклатуре возможных заболеваний у пациентов данной группы, чем у гражданских пациентов. Существует дифференциация роли пациента – военнослужащего в экстремальных ситуациях (вооруженный конфликт с преобладанием травм, контузий, ожогов и огнестрельных ранений) и в мирное время (преобладание простудных заболеваний, желудочно-кишечных инфекций, небольших травм).

4. Выздоровливающие пациенты хирургических отделений военных госпиталей в большинстве случаев оправдывают и полностью принимают решение по поводу своего лечения (оперативного вмешательства), независимо от того, кто принимал это решение: врач, консилиум, родственники, сам пациент или все вместе. 78,5% родственников пациентов в военных госпиталях выражают доверие врачу, хотя и в разной степени. Пациенты военных госпиталей ориентированы на патерналистское отношение врача, идентифицируя его роль с ролью командира. Реальные условия медицинской помощи хирургическим пациентам в военном госпитале обуславливают существование патерналистской модели как наиболее эффективной.

5. Любая модель взаимоотношений врача и пациента предполагает уважение прав пациента. Права пациента обеспечиваются юридически – законом, этически – уважением права на автономию. В гражданской и военной медицине автономия пациента проявляется в разных формах: от коллегиальности до патернализма. Но в военной медицине врач может выступать и часто выступает представителем пациента, что не нарушает его автономию. Уважение прав пациента в военной медицине реализуется не через уважение автономии, а через уважение прав военнослужащих, закрепленных законодательно.

Методологией исследования явились фундаментальные работы по социологии медицины (А.В.Решетников, В. З. Кучеренко, Лисицын Ю. П. ,

Комаров М. С. , Сахно А. В. , Филатов В.Б., Щепин О. П.), медицинской психологии и биоэтике (М.Боухал, Р.Конечны, Н.В.Журилов, А.П.Зильбер, А.Я.Иванюшкин, Б.Д. Карвасарский, Ф.И.Комаров, М.С.Лебединский, Р.А.Лурия, Б.Д.Менделевич, В.Н.Мясищев, Ю.М.Лопухин, В.И.Петров, Н.Н.Петров, В.Б. Петровский, А.Н.Пищета, Т.А.Покуленко, Н.Н.Седова, Ю.Д. Сергеев, И.В. Силуянова, В.А.Ташлыков, И.Харди, Н.В.Эльштейн, Б.Г.Юдин, М.Я.Яровинский и др.); модели ролевого поведения врача и пациента (Т.Parsons, R.M. Veatch, E.J.Esmanuel, L.L.Esmanuel, Б.Д.Карвасарский, В.В.Деларю, П.Д. Тищенко).

Методология оценки работы военного врача основана на принципах, изложенных в трудах В. А. Капцова, Л. П. Коротич, О. А. Благодарной, В. В. Матюхина, Г. В. Снеговой, Поповой Т Б, Невской Ю. М., Вайсмана А И., Гечкина А Г, Клинченко Н. М., Полянской З. М., Симонян К Н, Варенцова М. М., Трековой Н А, Кожевникова В. А., Кириллова В. Ф., Л. В. Усенко, Т. Л. Трегубовой, А. И. Майстровского, Knoblich K, Baiiei H.

В работе использованы как общенаучные методы – системный подход, структурно-функциональный анализ, так и методы конкретной социологии – контент-анализ, интервью, анкетирование.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Результаты исследования были представлены автором в Комиссию по разработке нового текста «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Материалы, полученные в ходе исследования были обобщены в методические рекомендации для практических врачей и организаторов здравоохранения. Они также могут быть использованы членами региональных этических комитетов, работающими в области военной медицины юристами, психологами, специалистами по социальной работе.

Материалы исследования, оформленные как методическое пособие, используются в практических занятиях в Волгоградском государственном медицинском университете.

Апробация работы. Результаты исследования обсуждались на научно-практических конференциях разных уровней (Нижний Новгород, 2002, 2003 Ставрополь, 2004, Волгоград, 2004, 2005, Самара, 2004). По результатам исследования опубликовано пять научных работ и две методические рекомендации.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения и списка литературы, включающего 203 источника. Объем работы – 143 страницы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении формулируются цели и задачи исследования, его актуальность и научная новизна, показывается теоретическая и практическая значимость работы.

В главе 1 «**Обзор литературы**» диссертант отмечает, что социология медицины охватывает целый ряд объектов изучения, связанных с медицинской деятельностью, в том числе и анализ процессов, происходящих в военно-медицинской среде. Одна из центральных проблем социологии медицины – взаимоотношения между врачами, медперсоналом, пациентами и их близкими. В исследованиях, посвященных взаимоотношению врача и пациента акцентируется внимание на способах коммуникации, принятии решений, но на межличностном, а не ролевом уровне (М.С.Лебединский, В.Н.Мясищев, 1966; Н.Д.Лакосина, Г.К.Ушаков, 1976; Б.Д.Карвасарский, 1982; Р.Конечны, М.Боухал, 1983; В.А.Ташлыков, 1984; Е.Н. Данилин с соавт., 1988; И.Харди, 1988; Н.А.Магазаник, 1991; В.Д.Менделевич, 1998; И.Ф. Мягков, С.Н.Боков, 1999; Р.Перес Ловелле, Н.В.Кудрявая, 1999; П.И. Сидоров, А.В.Парняков, 2000; Клиническая психология, 2002 и др.).

Исследования специально посвященные роли пациента достаточно многочисленны (В.Д.Соколов, 1983; И.И. Львова с соавт., 1985; Ф.Попов, А.Т.Беляева, 1988; В.П.Ференц с соавт., 1991; И.М.Волков с соавт., 1993; Н.Г.Игнатов, Т.А.Сибурина, 1996; Г.М.Румянцева с соавт., 1996;

Н.В.Коршунов, Н.В.Яльцева, 1997; Н.М.Скоромец с соавт., 1997; И.В.Журавлёва, 1998; Н.Г.Игнатов, 1998; Е.В.Акимова с соавт., 1999; В.В.Деларю, 2000; К.Ш.Зыятдинов, 2000; В.В.Власов с соавт., 2001; М.Б.Денисенко, Ж.-П.Даллазуанна, 2001; E.Panic et all, 1999 и др.). Однако, сам термин «социальная роль пациента» употребляется сравнительно редко.

Главной этической проблемой военной медицины мирного времени являются ограничения независимости пациента и его права на конфиденциальность. В ситуации вооруженных конфликтов военный врач находится в социальной среде, где специфика целей, средств и обстоятельств не может не накладываться отпечатком на его профессиональную деятельность. Существуют соответствующие социальные проблемы военной медицины в настоящее время. Дается анализ мнений по этим проблемам.

Глава 2 «**Материалы и методы исследования**» содержит характеристику исследовательского поля. Для изучения интеракции социальных ролей в военно-медицинской практике использовались как социологические, так и социально-психологические методы. Для изучения распределения социальных ролей в военной медицине по критерию выраженности профессиональных качеств использовалась методика, разработанная специалистами-психофизиологами и социальными психологами Военно-Медицинской академии. Было обследовано 158 военных врачей, распределенных по группам.

Изучение отношений между врачом и пациентом проводилось с учётом принятых к анкетированию в социологии требований. Отношение пациентов к принятию решений в медицинской практике изучалось на контингенте больных гражданского ЛПУ г. Ставрополя и двух военных госпиталей, расположенных в Южном Федеральном округе. Результаты анкетирования 186 врачей в стационарах гражданских ЛПУ и в военных госпиталях ЮФО дают представление о том, насколько серьезно респонденты относятся к правам пациентов. Для сравнения были опрошены 88 хирургов и 98 терапевтов и инфекционистов (в выборке не разделялись).

В работе были также использованы методы системного, структурно-функционального, многофакторного, синхронного и диахронного анализа, анализ документальных источников (Хельсинкская декларация: рекомендации для врачей в биомедицинских исследованиях с включением человека; Конвенция о защите прав и достоинств человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицина; Международные этические правила для биомедицинских исследований с включением человека; Руководство по Качественной Клинической Практике: Международная Конференция по Согласованию; Руководства и рекомендации для Европейских независимых комитетов по вопросам этики и др.).

Глава 3 «**Социальная роль военного врача**» посвящена анализу этой роли в военное и в мирное время, конфигурации социальных ролей в военной медицине.

В первом параграфе «**Особенности профессиональной деятельности военных врачей в ситуации вооруженных конфликтов**» диссертант указывает, что социальная роль зависит от объективных условий ее выполнения и субъективных ожиданий взаимодействующих субъектов (групповых экспектаций), поэтому следует различать особенности социальной роли военного врача в мирное время и в условиях вооруженных конфликтов. Единый процесс оказания медицинской помощи, который в мирное время осуществляется в одном ЛПУ, в условиях вооруженного конфликта разделен на виды медицинской помощи, которые последовательно оказываются на различных этапах медицинской эвакуации. Однако в идеальной ситуации результаты комплексного лечения должны быть максимально приближены к условиям многопрофильного ЛПУ.

В работе приводится схема построения лечебно-эвакуационного обеспечения военнослужащих в условиях локального военного конфликта и соответствующее распределение ролей медперсонала. В качестве эмпирического материала использованные данные оказания медицинской помощи при боевых действиях в Чечне. Отмечается, что сроки оказания первой врачебной

помощи в Чечне были заметно короче, чем во время войны в Афганистане. Среднее время от ранения до оказания первой врачебной помощи составило 2,5 часа. В течение первых 3 часов первую врачебную помощь получили 89% раненых из числа тех, кому она оказывалась.

Анализ мероприятий первой врачебной помощи, оказываемых военными врачами в боевой обстановке включает: устранение асфиксии, которое проводилось в 0,8% случаев ранений, временную остановку наружного кровотечения у 15,9% раненых. При этом в 36,4% случаев осуществлена тугая тампонада раны, в 33,8% - наложение жгута, в 23% - прошивание сосудов в ране, в 5,7% - наложение зажима на сосуд в ране.

Инфузионная терапия была показана 50,6% раненых, но проводилась только половине (25,3%) нуждающихся в ней с использованием в основном кристаллоидных растворов. Клапанный пневмоторакс устранен у 0,5% раненых. Открытый пневмоторакс имелся в 5,4% случаев, а окклюзионная повязка наложена в 4,3% случаев. Новокаиновые блокады были показаны 36,7% раненых, выполнены 15,9%. Наркотические анальгетики вводились 80,3% раненых. В транспортной иммобилизации нуждались 49,7% раненых, однако выполнялась она только в 33,2% случаев. Антибиотики вводились 72,3% раненых. В отдельные периоды в ее оказании принимали участие специалисты групп медицинского усиления (нейрохирург, травматолог, челюстно-лицевой хирург и офтальмолог) основным содержанием квалифицированной медицинской помощи были:

- неотложные хирургические вмешательства с целью спасения жизни раненых, в проведении таких мероприятий нуждалось 12,2% раненых;
- срочные оперативные вмешательства для предупреждения развития угрожающих жизни осложнений (20%);
- отсроченные оперативные вмешательства, направленные на предупреждение инфекционных осложнений (33,8%);
- оказание реаниматологической помощи, в ней нуждалось 53,2% раненых.

Неотложные оперативные вмешательства оказывались в среднем через 1,3 часа. С момента поступления и выполнялись преимущественно при ранениях живота и груди (73,8%). Срочные оперативные вмешательства проводились в среднем спустя 1,7 часа от момента поступления пострадавших. Чаще это были трепанация черепа при сдавлении головного мозга – 20,8%, торакоцентез по поводу гемоторакса – 42,5% лапаротомия при повреждении полых органов – 17%. Отсроченные оперативные вмешательства выполнялись через 2,9 часа от момента поступления раненых. Наиболее распространенными были первичные хирургические обработки ран мягких тканей (41,3%) и огнестрельных переломов длинных трубчатых костей без фиксации отломков (41,3%).

Все это характеризует многоплановый характер социальной роли военного врача в условиях вооруженных конфликтов. Как адаптированы врачи к этой роли? По данным социологических исследований установлено, что сразу после прибытия в зону боевых действий 11% офицеров медицинской службы оценивали свою профессиональную подготовленность как неудовлетворительную — в среднем ее уровень составил 3,3 балла (по 5-балльной шкале). Третья часть военных врачей до этого не участвовала в тактико-специальных учениях с реальным развертыванием и работой медицинского пункта или медицинской роты воинской части. В процессе выполнения служебных обязанностей в зоне вооруженного конфликта наблюдался рост профессиональной подготовленности начиная с 3-го месяца службы ($P < 0,05$). В целом можно отметить позитивную мотивацию опрошенных. Вместе с тем более 40% из них испытывали чрезмерное беспокойство за будущее своей семьи, около 10% - раздражение, 10% — страх, что, безусловно, могло отразиться на качестве работы.

Диссертант приходит к выводу, что в условиях боевых действий реализуется соподчиненность социальных ролей военных врачей – ведущей является роль офицера. Это объясняется тем, что в ней реализуются защитные – по отношению к роли профессионала-медика – функции. В отличие от этого

в условиях боевых действий у раненых социальная роль пациента превалирует над социальной ролью военнослужащего. Это объясняется тем, что они а) нуждаются в срочной медицинской помощи и б) не могут выполнять свои обязанности, ассоциированные с ролью военнослужащего. Отношение врачей к пациентам в условиях боевых действий носит ярко выраженный патерналистский характер. В данной ситуации эта модель взаимоотношений является оптимальной.

Второй параграф третьей главы **«Особенности формирования социальной роли военных врачей в мирных условиях»** содержит анализ литературных данных и собственных исследований автора по проблеме адаптации к социальной роли военного врача. В работе использованы результаты продольного изучения 145 выпускников Нижегородской военно-медицинской академии. По данным анализа служебной и медицинской документации, а также анонимного анкетирования самих военных врачей исследовались первые десять лет их служебной деятельности.

Военные врачи особые трудности в организации медицинского обеспечения войск испытывают в первые годы самостоятельной работы. Результаты исследований выявили, что первое и второе места (наиболее высокий ранг - 6,6-6,7 балла по 10-балльной оценочной шкале) занимают условия, непосредственно связанные со служебной деятельностью (необходимость принимать самостоятельные решения, руководить подчиненным личным составом). Третье место по рангу принадлежит необходимости решать семейно-бытовые проблемы (6,3 балла). На четвертом ранговом месте стоит необходимость вращивания в новый коллектив (6,1 балла). Менее важными для выпускников были, например, смена города (2,7 балла), климатических поясов (2,4 балла) и др. Значительная часть молодых врачей (до 50%) была явно недостаточно осведомлена о новых условиях службы. Только у 6,9 % выпускников они в полной мере совпали с действительностью.

Таблица 1. Факторы, мешающие профессиональному становлению военных врачей, %

Факторы	Годы службы				
	1-й	2-й	3-й	4-5-й	6-10-й
Низкий уровень знаний, полученных в вузе	10	25	2	1	-
Отсутствие достаточного времени для отдыха	24	45	18	15	8
Недостатки в материально-техническом оснащении медицинской службы	45	54	45	42	39
Выполнение работ, прямо не связанных с медицинским обеспечением	55	55	45	45	28
Плохие жилищные условия	48	36	28	25	17
Значительное время, затрачиваемое на решение семейно-бытовых проблем	30	24	24	21	12
Недостаточный уровень денежного содержания	36	40	37	39	39
Предвзятое отношение командования	16	15	14	14	15
Отклонения в состоянии здоровья	2	2	1	4	-
Другие	1	1	1	1	-

В процессе служебной деятельности военным врачам приходилось решать различные вопросы медицинского обеспечения. Больше всего времени уходило на решение организационных вопросов (53-56%), на чисто лечебную работу оставалось всего 32-35% времени. Важно отметить, что даже на 6-10-м году службы, когда значительное число респондентов уже занималось клинической работой, основное время (более половины) у них по-прежнему расходовалось на решение организационных вопросов.

Диссертант выделяет следующие стадии адаптации к социальной роли военного врача:

Начальная стадия адаптации к социальной роли военного врача разви-

вается в первый год службы. Она определяется дестабилизацией физиологических функций (снижением уровня физиологических резервов, сравнительно более низкой резистентностью организма) и состояния здоровья. На этой стадии начинают формироваться социально-психологические отношения. Именно в это время у четвертой части молодых военных врачей возникает желание уволиться из Вооруженных Сил.

Стадия формирования адаптации развивается на второй год службы. В этот период статистически достоверно снижается уровень общей заболеваемости (до 70,6%) и заболеваемости по VI классу, в 1,3 раза уменьшается эмоциональная нагрузка военных врачей, 90% из них считают себя адаптированными к новым условиям службы. На этой стадии военные врачи особенно остро чувствуют недостатки в материально-техническом обеспечении медицинской службы, неумение использовать свои теоретические знания и правильно организовать служебную деятельность.

Стадия неполной адаптации формируется на третьем году службы. Она характеризуется дальнейшим снижением эмоциональной и возрастанием интеллектуальной нагрузок (их уровни сравниваются и составляют примерно по 40%) на молодых военных врачей. В основном завершается формирование социально-психологических отношений. Подавляющее большинство молодого пополнения медицинской службы воинских частей (98%) считает, что уже адаптировалось к новым условиям.

Стадия стабильной адаптации наступает после трех лет службы. Она отличается сформировавшимися социально – психологическими отношениями, установившимся уровнем заболеваемости, адекватным энергетическим обеспечением профессиональной деятельности.

Диссертант приходит к выводу, что адаптация к социальной роли военного врача имеет сложную психофизиологическую основу и, в зависимости от исходной мотивации, может заканчиваться к 5-6-му году службы. Больше трудностей у молодых выпускников военно-медицинских вузов возникает при адаптации к роли офицера, меньше – к роли врача. Ее они считают ос-

новой. Руководители военных ЛПУ считают более важным для себя профессиональное совершенствование в области медицины.

Третий параграф – «**Распределение профессиональных ролей в военной медицине**» посвящен анализу соотношения профессиональной и социальной роли военного врача. Диссертант считает, что профессиональная роль является составляющей более широкой социальной роли, в которую входят также функции военнослужащего, при этом медицинский профессионализм является ведущим компонентом роли. По этому вопросу автор дискутирует с теми, кто считает основным в роли военного врача его офицерские обязанности.

Анализировалась деятельность врачей-управленцев, врачей-терапевтов и врачей-хирургов. Использовалась «Методика выявления профессионально важных качеств и составления психогаммы, представляющая собой усовершенствованный специалистами ВМедА опросник В.П.Петрова.¹ Результаты приведены в таблице.

Таблица 2. Профессионально важные качества военных врачей в различных условиях деятельности, %

Блок ПВК	Повседневная деятельность			Экстремальные условия	
	Управленцы-организаторы	СПЕЦИАЛИСТЫ		Управленцы – организаторы	Хирурги, терапевты
		Хирурги	Терапевты		
Анализаторы и восприятие	-	12	-	8	16
Интеллектуальные	36	36	52	32	36
Организаторские и волевые	44	24	20	36	24
Коммуникативные	8	8	12	4	4
Морально-нравственные	4	8	8	4	4
Адаптивные	8	12	8	16	16
Всего	100	100	100	100	100

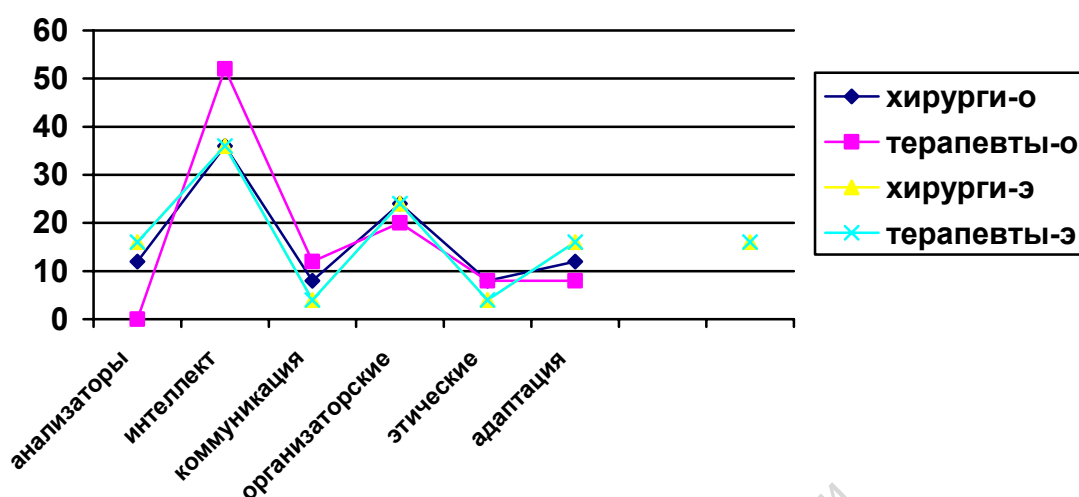
¹ Петров В.П., Ростунов А.Т Военно-профессиональная ориентация молодежи.-М.: Воениздат. 1988. - 219 с.

Диссертант отмечает, что у врачей терапевтического профиля в обычных условиях деятельности ведущим определяется блок интеллектуальных качеств с самой высокой среди сравниваемых групп долей (52%). У военных врачей хирургического профиля на ведущих позициях в профиле ПВК определяется блок интеллектуальных характеристик, отражающий способности врача к дифференциальной диагностике заболеваний и выбору оптимальных способов хирургических вмешательств (36%).

Организаторские и волевые качества — на втором месте (24%). Второе по значимости место в комплексе ПВК специалистов терапевтического профиля занимают организаторские способности. Хотя в общей структуре ПВК их доля является наименьшей среди сравниваемых групп военных врачей (20%). Принципиальной особенностью комплекса ПВК военных врачей терапевтического профиля является третье место блока коммуникативных и деонтологических качеств (12%). У военных врачей-хирургов высокая доля блока «Анализаторы и восприятие» (12%). Комплексы ПВК всех врачей-специалистов хирургического и терапевтического профилей в экстремальных условиях были схожими по своей структуре, во многом приближаясь к структуре ПВК врачей-хирургов в мирное время. Роль блока интеллектуальных способностей оставалась наиболее высокой (36%), снижаясь у врачей-терапевтов и возрастая у хирургов. Таким образом, отличительной особенностью роли военного врача от роли гражданского врача является выраженность организаторских и волевых качеств. Это объясняется существенной для этой группы ролевой координацией (влияние роли офицера на роль врача).

Комплексы ПВК всех врачей-специалистов хирургического и терапевтического профилей в экстремальных условиях были схожими по своей структуре, во многом приближаясь к структуре ПВК врачей-хирургов в мирное время. Динамика изменений в компонентах социальной роли у хирургов и терапевтов, однако, разная (рис.1)

Рис.1.



В четвертой главе «Социальная роль пациента-военнослужащего и отношение к ней врачей-офицеров» подводятся результаты социологических опросов врачей и пациентов военных госпиталей и группы сравнения - пациентов гражданского ЛПУ. Но перед этим в первом параграфе «Социальная роль пациента и ее особенности в военно-медицинской практике» диссертант анализирует предложенную Т.Парсонсом концепцию о роли больных, которая отражает нормативы того, как общество должно смотреть на больных людей, и как эти больные люди должны себя вести.

Таблица 3. Анализ роли больного и врача, предложенный Т.Парсонсом.

Пациент: роль больного	Врач: профессиональная роль
Обязанности и привилегии	Ожидается, что:
1. Должен хотеть поправиться как можно скорее.	1. Применит высокую степень умения и знания к проблеме болезни.
2. Должен воспользоваться профессиональной медицинской помощью и сотрудничать с врачом.	2. Действует на благо пациента и общества, а не в собственных интересах, с желанием нажиться, продвигаться и т.д.
3. Позволено (и даже ожидается) оставить обычную деятельность и обязанности (работа, домашние обязанности)	3. Должен быть объективным и спокойным (не должен судить о поведении пациента с позиции личной системы ценностей или эмоционально реагировать)

4. Рассматривается как нуждающийся в заботе и не в состоянии поправить-ся своими собственным решением и волей.	4. Действует по правилам профессиональной практики.
--	---

В работе отмечается, что в целом модель роли больных основана на ряде предположений о природе общества и природе заболевания. Модель роли больных фокусируется на взаимодействии между больным человеком и преобладающей системой здравоохранения. Но модель роли пациента-военнослужащего фокусируется на одной определенной системе – системе военно-медицинской помощи. Роль больного может быть как формальной, так и неформальной. Роль пациента-военнослужащего всегда формализована.

Пациент-военнослужащий не стоит перед выбором – обращаться к врачу или не обращаться, эту проблему решает за него командир. Выполнение роли пациента связано для военнослужащего с пребыванием в строго определенном месте – военном госпитале или медсанчасти. В случае серьезных заболеваний пациент-военнослужащий освобождается не просто от выполнения текущих обязанностей первичной социальной роли военнослужащего, но и вообще от этой роли.

Наличие медицинского отбора при поступлении в группу военнослужащих обуславливает большее ограничение в номенклатуре возможных заболеваний у пациентов данной группы, чем у гражданских пациентов. Кроме того, существует дифференциация роли пациента–военнослужащего в экстремальных ситуациях (вооруженный конфликт с преобладанием травм, контузий, ожогов и огнестрельных ранений) и в мирное время (преобладание простудных заболеваний, желудочно-кишечных инфекций, небольших травм). Диссертант считает, что в отношениях военного врача и пациента преобладает патерналистская модель отношений. Последнее положение представляется гипотетичным и требует для своего подтверждения специальных исследований. Этому посвящен второй параграф данной главы – **«Пациенты-военнослужащие хирургического профиля»**. Дело в том, что хирургическая помощь в вооруженных силах занимает особое место, как бы-

ло показано в предыдущих разделах работы, поэтому автор посчитал возможным проанализировать особенности патерналистской модели взаимоотношений в военной медицине на материале хирургических отделений. Отношение врачей и пациентов в хирургической практике изучалось на контингенте больных двух военных госпиталей – гарнизонного и окружного - расположенных в Южном Федеральном округе. За период проведения исследования фиксировалось количество плановых операций и количество экстренных хирургических вмешательств. По военному госпиталю эта позиция была в некоторые месяцы в 12,5 раз выше, чем в гражданском ЛПУ.

Принципиальным для определения статусности роли пациента военного госпиталя был вопрос анкеты о свободе принятия решений по поводу лечения.

Таблица 4.

Кто принимал решение по поводу проведения операции:	ЛПУ абс/ % n=300	Военные госпитали абс/ % n=200	Всего абс/ % n=500
а) врач вместе со мной, с моими родственниками	67,4	31	49,2
б) консилиум врачей (без меня)	18	30,5	24,2
в) я сам	9	11,5	10,3
г) не знаю	5,6	27	16,3

Из таблицы видно, что отношения в профессиональной группе военных распространяются и на сферу медицинского обслуживания. Традиционно патерналистская схема отношений в войсках находит отражение в том, что и в госпитале в подавляющем большинстве случаев пациент доверяет решение врачам (кстати, старшим по званию). Хотя именно в госпиталях гораздо чаще, чем в гражданских ЛПУ встречаются экстренные случаи и критические состояния, когда обсуждение вопроса об операции вообще не стоит, ее нужно производить как можно скорее. Те, кто ответил «не знаю», скорее всего, находились без сознания, когда были доставлены в госпиталь.

В целом опрос показал, что неавтономных пациентов больше среди контингента больных в военных госпиталях. Это легко поддается объяснению по соображениям, высказанным выше. В то же время, большое число тех, кто трактует свою автономию как принятие решения в коллегиальной форме. Другими словами, они доверяют врачу, но не перекладывают полностью на него груз ответственности по принятию решений. Автор считает такой вариант оптимальным.

Резюме проведенного опроса можно сформулировать следующим образом: выздоравливающие пациенты хирургических отделений военных госпиталей в большинстве случаев оправдывают и полностью принимают решение по поводу своего лечения (оперативного вмешательства), независимо от того, кто принимал это решение: врач, консилиум, родственники, сам пациент или все вместе. Автономия пациента в хирургическом стационаре военного госпиталя проявляется не в способности принять решение самому, а в выборе агента принятия этого решения. 78,5% родственников пациентов выражают доверие врачу, хотя и в разной степени. Другими словами, пациенты военных госпиталей ориентированы на патерналистское отношение врача, идентифицируя его роль с ролью командира. Реальные условия медицинской помощи хирургическим пациентам в военном госпитале обуславливают существование патерналистской модели как наиболее эффективной.

А что думают по этому поводу врачи? Это выяснялось в следующем параграфе **«Отношение врачей-офицеров к пациентам-военнослужащим»**. Результаты анкетирования 186 врачей в стационарах гражданских ЛПУ и в военных госпиталях ЮФО дают представление о том, насколько серьезно респонденты относятся к проблеме уважения прав пациентов. Однако только четвертая часть всех опрошенных врачей (28,5%) считали больных автономными в принятии решений относительно своего заболевания (своих заболеваний) людьми. При этом, если в целом, специалисты гражданского ЛПУ и военного госпиталя считали так одинаково часто (28,4% и 28,6% соответственно), то при анализе влияния стажа врачебной

деятельности на данное представления у них выявлена прямо противоположная закономерность:

-врачи гражданского ЛПУ с увеличением стажа (и, соответственно, врачебного опыта) чаще считали своих больных полностью автономными (если среди врачей этой страты со стажем до 10-ти лет так думали 13,3%, то со стажем 10 и более лет - 41,5%; $p < 0,05$).

- среди врачей военного госпиталя профиля со стажем до 10-ти лет считали своих больных полностью автономными людьми 40,0% специалистов, а со стажем 10 и более лет - 16,3% ($p < 0,05$).

Уникальность предмета вмешательства в военной медицине создает мнение, с точки зрения диссертанта, полностью справедливое, что пациент мало компетентен, если вообще компетентен, особенно в хирургическом вмешательстве, следовательно, ограничен в возможности принимать адекватные решения, следовательно, неавтономен или ограничен в своей автономии. При этом только половина врачей (57,1% среди гражданских и 47,7% среди военных хирургов; $p > 0,05$) считала, что участие пациентов в принятии решений относительно своего лечения положительно влияет на его ход. При этом, если среди гражданских врачей с увеличением врачебного стажа число сторонников этой точки зрения увеличивается (с 42,2% до 69,8%; $p < 0,01$), то среди военных хирургов с увеличением стажа это число уменьшается (с 53,3% до 41,9%; $p > 0,05$).

Здесь разница между гражданскими и военными врачами обнаруживается явно лишь в полярных суждениях. Так, на 7% больше гражданских, чем военных, признают участие пациента в принятии решений всегда положительным и на 5,6% больше военных считают такое участие всегда отрицательным. Нужно отметить незначительную, но все-таки разницу и при оценке промежуточных позиций. Ясно, что гражданские врачи больше настроены на принятие коллегиальных решений в системе «врач – пациент», чем военные хирурги. Мы можем прокомментировать эти данные только в одном аспекте:

Любая модель взаимоотношений врача и пациента предполагает ува-

жение прав пациента. Права пациента обеспечиваются юридически – законом, этически – уважением права на автономию. В гражданской и военной медицине автономия пациента проявляется в разных формах: от коллегиальности до патернализма. Но в военной медицине врач может выступать и часто выступает представителем пациента, что не нарушает его автономию. Уважение прав пациента в военной медицине реализуется не через уважение автономии, а через уважение прав военнослужащих.

Таким образом, несмотря на детерминантное значение роли пациента над ролью военнослужащего, последняя создает объективные и необходимые ограничения автономии в военной медицине. Что касается отношений военных врачей с пациентами, которые старше их по званию, то здесь нам не удалось получить достоверных данных, более того, в одном из госпиталей нам вообще не разрешили проводить опрос пациентов-офицеров.

В Заключении формулируются выводы диссертации и предлагаются практические рекомендации.

ВЫВОДЫ

1. Военные врачи идентифицируют себя, прежде всего, как врачей (83%), а затем уже как военнослужащих. Они предпочитают патернализм в отношениях с пациентами.
2. Пациенты-военнослужащие, наоборот, идентифицируют врачей, скорее как командиров (68%), и также предпочитают патерналистскую модель отношений с ними.
3. Адаптация военного врача к своей социальной роли происходит в течение 3-6 лет поэтапно. Однако, в условиях боевых действий интенсивность этого процесса возрастает. Принципиальным отличием адаптированного к своей социальной роли военного врача от его гражданского коллеги является выраженное значение организаторских и волевых качеств в блоке ПВК (от 20% - терапевты, мирное время, до 44% - врачи-организаторы, мирное время). При этом военврачи-терапевты отличаются преобладанием интеллектуального компонента, а хирурги имеют преимущество в области ана-

лизаторов и восприятия.

4. Защита прав пациентов-военнослужащих осуществляется в нашей стране в рамках их социальной роли как военных, а не как больных (в соответствии с предписаниями Министерства обороны, а не Министерства здравоохранения и социального развития) что нельзя признать удовлетворительным. Общественность не принимает участие в контроле за этим процессом.

5. В то же время ограничения автономии пациентов в медицинской практике не является ее нарушением, поскольку вызвано объективной необходимостью и отвечает потребностям самих пациентов.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо более подробно описать права военнослужащих-пациентов в «Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан», в частности, предусмотреть для них равную с гражданскими пациентами возможность выбора врача и лечебного учреждения.

2. Военные врачи нуждаются в расширении условий для профессионального роста, в том числе, они нуждаются в работе и с гражданскими пациентами во избежание «профессиональной деформации», поэтому целесообразно разрешить всем военно-медицинским подразделениям оказывать платные услуги гражданским пациентам.

3. Для решения этических вопросов, связанных с сортировкой пациентов-военнослужащих, соблюдением конфиденциальности, информированным согласием и уважением автономии, целесообразно создавать в военно-медицинских подразделениях этические комитеты с привлечением к их работе гражданских лиц.

По теме диссертации опубликованы следующие работы:

1. Чечулина И.А., Кравцов И.М. Военнослужащий как пациент // Межвузовский сборник научных трудов - Краснодар.: КВАИ, 2003. - 0,3 п.л.
2. Чечулина И.А., Бондарев А.А. Психофизиологические особенности работы военного врача. Ставрополь. Изд-во СГМА, 2003. – 1,8 п.л.

3. Чечулина И.А.. Особенности социального и психофизиологического статусов пациентов военного госпиталя // Социология медицины – реформе здравоохранения. Волгоград. 2004. – 0,4 п.л.
4. Чечулина И.А.. Отношение пациентов к принятию решений в военно-медицинской практике // Новые технологии в медицине (морфологические, экспериментальные, клинические и социальные аспекты. Волгоград. Из-во ВолГМУ. 2005. – 0,2 п.л.
5. Чечулина И.А. Отношения врача и пациента в военно-медицинской практике (По результатам социологического исследования) // Новые технологии в медицине (морфологические, экспериментальные, клинические и социальные аспекты. Волгоград. Из-во ВолГМУ. 2005. – 0,2 п.л.

ЧЕЧУЛИНА

Ирина Анатольевна

ОТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА
В ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Автореферат

диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Подписано в печать 19.05.2006 г. Формат 60х 4/16
Бумага офсетная. Гарнитура Таймс. Усл. печ. л. 1,1
Тираж 100 экз. Заказ 32.

Издательство Волгоградского государственного медицинского университета
400131, Волгоград, площадь Павших борцов, 1
