

Московская Высшая школа социальных и экономических наук

Факультет социологии

Магистерская диссертация

Тема:

Социологический анализ восприятия пациента врачом-стоматологом: «особые» пациенты и их медицинская карьера

Слушатель: Александрова Елена Сергеевна

Научный руководитель: д. соц. наук., проф. Девятко И.Ф.

Москва

2004/2005 учебный год

Содержание.

Введение: «особый» пациент в медицинской практике.	3
Глава 1. Типизация как основа восприятия: правомерность дискуссии об «особом» клиническом статусе пациента.	7
Глава 2. Положение пациента и врача в медицинском взаимодействии: ожидания и детерминанты поведения.	12
2.1. Пациент.	13
2.2. Врач.	16
Глава 3. Пациент и врач в стоматологической практике: ролевая и ситуационная специфика.	20
3.1. Пациент в стоматологии: «мнимый» больной?	20
3.2. Врач –стоматолог: амбивалентность профессии.	21
3.3. Роль эмоций в медицинской профессии: случай терапевтической стоматологии.	23
Глава 4. Этнографическое обследование стоматологической клиники в контексте проблемы «особого» пациента: программа и схема проведения.	26
4.1. Первый этап наблюдения: уточнение таксономии «особых» стоматологических пациентов.	30
4.2. Второй этап наблюдения: изучение «медицинской карьеры» «особого» стоматологического пациента.	40
4.2.1. Операционализация типов «особых» пациентов.	40
4.2.2. Коммуникативная стратегия и эмоциональны усилия врача: операционализация понятий.	42
Глава 5. Принадлежность пациента к «особому» типу как основа дифференциации эмоциональных усилий и коммуникативной стратегии стоматолога. Результаты статистического анализа.	47
5.1. Частотное распределение «особых» стоматологических пациентов в изучаемой совокупности.	47
5.2. Результаты статистического анализа и их обсуждение.	48
Заключение.	54
Список использованной литературы.	57

Введение: «особый» пациент в медицинской практике.

В данной работе будет исследована проблема «особого» пациента.

По разным причинам некоторые пациенты воспринимаются врачом как нетипичные, отличные от прочих. Возникает вопрос о том, какие последствия для них несет особый клинический статус. Мы попытаемся найти ответ на этот вопрос, проанализировав результаты этнографического исследования медицинской ситуации, которая складывается в одной из московских стоматологических клиники.

Взаимоотношения врача и пациента асимметричны. Участвуя в медицинском интервью, пациент оценивает его в первую очередь как акт социального взаимодействия, а не как технический способ извлечения информации для постановки диагноза. В это же время для врача медицинское интервью выходит за пределы коммуникации с определенным пациентом. Врач обязан сыграть свою роль так, чтобы поддержать статус в присутствии коллег.

Ожидается, что врач элиминирует свои личностные проявления, желая действовать в первую очередь как источник медицинского знания, защищаясь от эмоциональных переживаний в угоду объективности как средству борьбы с заболеванием. Такие ожидания справедливы до тех пор, пока речь не заходит о частной медицинской практике. Исследования в этой области показывают, что относительная автономность врача, материальная заинтересованность и стремление удержать «выгодного» пациента меняют его поведение.

Не следует забывать и о том, что в информационном обществе сам пациент оказывается менее пассивным, нежели предполагалось ранее. Модели коммуникации между врачом и пациентом получают новые коннотации. Доминирующая позиция врача, ранее казавшаяся естественной, теряет свою актуальность. Позиции врача и пациента относительно друг друга выравниваются. В определенных ситуациях уже пациент, а не врач, определяет «правила игры».

Таким образом, декларируемая Т. Парсонсом аффективная нейтральность медика трансформируется. Появляется потребность в установлении более персонализированного контакта с пациентом ради поддержания роли «своего врача». Уходит запрет на преследование собственных интересов. Под угрозой оказывается и предполагаемый Т. Парсонсом медицинский универсализм. Нарушается принцип равенства любого пациента

перед врачом. Восприятие врачом пациента оказывается структурированным не только по медицинским основаниям. Гипотетически, оно испытывает влияние социально-демографических, социокультурных, личностных и клинических характеристик больного, что приводит к модификации восприятия, а, впоследствии, и клинического поведения врача. В клинической практике появляются «особые» пациенты.

Пациенты, определенные врачом как особые (нетипичные), пациенты сталкиваются с соответствующим «особым» отношением со стороны медика. Как следствие, важным оказывается понимание того, каким образом врач типизирует пациентов и как принадлежность к определенному типу сказывается на социальном конструировании «медицинской карьеры» больного.

Отношение врача к пациенту и коррелирующая с ним удовлетворенность пациента лечением сказываются на готовности пациента следовать рекомендациям врача, а, значит, на скорости его выздоровления¹. Вопрос о последствиях классификации пациентов врачом в таком случае приобретает не только теоретический, но и практический интерес.

Хотелось бы пояснить значение термина «медицинской карьеры» пациента, которым мы будем часто пользоваться в пределах данной работы.

Онтологически термин «медицинская карьера» может быть соотнесен с понятием «моральной карьеры» стигматизированного индивида, предложенным Ирвингом Гофманом в его работе «Стигма». Столкновение со стигмой требует от индивида переосмысления концепции себя (self), включения в нее всех тех изменений, которые инициируются в связи с обладанием стигматизированным статусом. По Гофману процесс переструктурирования самовосприятия стигматизированного индивида оказывается двухфазным. На первом этапе индивид усваивает общее представление о том, что считается нормальным. Здесь же инкорпорируется абстрактное представление о данной конкретной стигме и ее идее. На втором этапе индивид осознает, что он сам является носителем стигмы, и выстраивает свое поведение в соответствии с этим фактом и с усвоенным ранее знанием². В терминах Ирвинга Гофмана «моральная карьера» именуется весь процесс трансформации восприятия стигматизированного индивида от первичного узнавания о стигме до переживания последствий обладания ею. Мы видим, что термин «моральная карьера» описывает процессы, касающиеся субъективного восприятия индивида. Считая «особость» пациента разновидностью стигмы при употреблении

¹ Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimensions of interaction theory. // Journal of Health and Social Behavior. 1980. Vol.21. P.170. (170-180)

² Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. . N.Y.: Prentice-Hall. 1963. P.45.

термина «медицинская карьера», мы будем говорить не о том, каким образом он сам переживает медицинское взаимодействие (так не стоило отказываться от понятия «моральной карьеры» по Гофману), а о том, каким образом эта «особость» воспринимается врачом. Иными словами, термин «медицинская карьера пациента» касается восприятия врачом пациента как процесса типизации в результате обращения к существующему в представлении набору стигм (типов особых пациентов), и последующего выбора коммуникативной стратегии в ответ на клиническую стигму данного конкретного вида.

Необходимо отметить, что корпус западных исследований, затрагивающих проблему «особого» пациента в социологическом ракурсе невелик³. Однако, здесь уже предпринимаются попытки классификации «особых» пациентов. В России на сегодняшний момент социологические исследования такого рода отсутствуют. При этом, вряд ли, можно говорить о том, что российские врачи вообще не типизируют своих пациентов⁴. Выявление существующих классификаций пациентов в российской медицинской практике представляется крайне полезным, учитывая тот факт, что принадлежность пациента к тому или иному типу, гипотетически, может по-разному сказываться на успехе лечения. В данной работе нас будут интересовать врачи - стоматологи, специфику восприятия которых в контексте проблемы «особого» пациента нам и предстоит изучить.

Мы предполагаем, что в пределах российской стоматологической практики можно выделить классификацию «особых» пациентов, имеющую последствия с точки зрения поведения врачей-стоматологов по отношению к ним. В рассмотрении и проверке данного предположения и состоит *цель* нашего исследования. Нам предстоит сконструировать таксономию «особых» стоматологических пациентов и оценить вероятность того, что принадлежность пациента к разряду «особых» влияет на восприятие врача и меняет его клиническое поведение. В этой работе нас будут интересовать следующие аспекты клинического поведения врача-стоматолога:

1. выбор коммуникативной стратегии с акцентом на степени «персонификации» взаимодействия с пациентом.
2. применение эмоциональных усилий по противоболевой поддержке пациента.

³ Richman J. Goldthorp W. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure. // Social Science and Medicine. 1977. Vol.11.

⁴ Даже, если это и так, возможность убедиться в данном факте представляется актуальной.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день как «медицинская карьера» «особого» пациента, так и специфика повседневного функционирования стоматологической практики изучены недостаточно. Это ограничивает возможности стандартизованного исследования, и, вряд ли, позволяет говорить о его эффективности. Именно поэтому в основе нашей работы лежат результаты трехмесячного этнографического обследования одной из московских стоматологических клиник, которое было нацелено на отслеживание реакции работающих в ней шести стоматологов-терапевтов на характеристики пациентов, репрезентирующие принадлежность к тому или иному типу «особых».

Структура данной работы такова:

В первой главе мы обосновываем правомерность подхода к восприятию как к процессу типологизации объектов, ссылаясь на работы социальных психологов и концепцию повседневного мышления, предложенную Альфредом Шюцем.

Во второй главе мы обращаемся к анализу общих условий медицинского взаимодействия и положения пациента и врача в его пределах, предполагая зависимость механизмов формирования когнитивных типов от ситуационного контекста.

В главе номер три перед нами встает вопрос о возможной специфике стоматологической практики, позиции стоматологического пациента и его врача.

Коммерческий характер и негативный «болевой» имидж стоматологии обуславливает то, что специфика в этой области действительно обнаруживается. Рассмотрев ее в объеме, «покрыть» который нам позволяет совокупность социологических текстов по данной проблеме и «наличное знание» автора работы, выступившего в роли наблюдателя (как участника), далее мы переходим к описанию двухэтапного этнографического обследования. Исследовательская программа и подробная схема проведения этого обследования представлены в четвертой главе.

Данные, полученные на формализованном этапе предпринятого нами включенного наблюдения, были подвергнуты статистическому анализу. Результаты этого анализа и их обсуждение составляют содержание пятой главы.

В заключение данной работы мы констатируем существование типологии «особых» стоматологических пациентов и даем комментарии относительно того, принадлежность к какому типу «особых» пациентов по итогам проведенного этнографического исследования сказывается на «медицинской карьере» пациента.

Глава 1. Типизация как основа восприятия: правомерность дискуссии об «особом» клиническом статусе пациента.

Решившись говорить о формировании таксономии «особых» пациентов как о результате «работы» восприятия врача, мы обязаны оговориться, по каким причинам мы предполагаем, что в основе восприятия может лежать процесс типологизации объектов.

Уже сама постановка вопроса об изучении восприятия в социологии неизбежно влечет необходимость обоснования.

Несмотря на то, что в современной социологии установка на оперирование инструментарием смежных с ней наук становится все более популярной, неопределенность предмета данной науки рождает желание законсервировать Метод социологии, не позволяет толерантно относиться к применению методологических средств несоциологического характера. Неудивительно в таком случае, что обращение к психологическим терминам, таким как, например, «восприятие», необходимое нам в данной работе, вызывает у коллег недоверие, сомнение в социологической природе изучаемой проблемы.

Однако, на наш взгляд, разговор о восприятии, не в первый раз затеянный нами, актуален именно в рамках методологии социологической науки, чаще всего способной зафиксировать лишь конечный результат когнитивного процесса восприятия в виде сформировавшихся установок, мнений, представлений и т.д. Безусловно, даже в таком формате полученная социологами информация имеет ценность. Правда, чаще всего процесс обработки такой информации сопровождается оговорками относительно невозможности отслеживания каузальных связей между явлениями. Вполне вероятно, потребность в оговорках такого рода возникает тогда, когда мы, пренебрегая механизмами восприятия объектов, ведем речь о слишком генерализированных когнитивных (аффективных, поведенческих) структурах. Возможно, расщепление установок, мнений и представлений, разложение их на генеалогические части и соотнесение полученных таким образом частей с интересующей нас в данный момент проблемой позволят «поймать» момент, когда простое столкновение с социальным событием или объектом сопоставляется с собственной биографической ситуацией и превращается в оценочное суждение. Именно поэтому в данной работе для нас крайне важно понять, в ответ на какие ситуативные стимулы в восприятии врача формируется представление о том, что данный пациент является «особым». Не менее важен и

конкретный контекст, определяющий принадлежность уже «особого» пациента к отдельному типу.

Переход от оценивания черт пациента к причислению его к особому типу представляет собой процесс социальной категоризации.

В социальной психологии понятие «социальная категоризация» тесно связано с теорией атрибуции, направленной на понимание того, «как люди объясняют поведение других, приписывают ли они причину действий внутренним диспозициям человека или внешним ситуациям»⁵. В данной работе нас волнует вопрос о том, каким образом врач-стоматолог типизирует приходящих к нему пациентов и какие последствия для них имеет принадлежность к тому или иному типу в глазах врача, и теория атрибуции здесь не будет лишней. В частности, можно предположить, что отношение врача к «особому» пациенту во многом зависит от того, каким образом врач интерпретирует тип данного пациента, как определяет и оценивает причины пребывания данного пациента именно в такой конкретной роли. Теоретики атрибуции указывают на некоторые когнитивные явления, сопровождающие процессы интерпретации социальных событий. Дэвид Майерс, со ссылкой на Гарольда Келли, указывает на то, что «в обыденных интерпретациях люди часто не принимают в расчет возможную причину поведения, если уже известны другие правдоподобные причины»⁶. Более того, первое впечатление может сказываться на интерпретации более поздней информации⁷. Таким образом, попадая в ту или иную категорию «особых» в глазах врача, пациент, вряд ли, имеет возможность изменить свой статус в медицинском взаимодействии. Проблема кроется в том, что сформированная врачом атрибуция может оказаться ошибочной, хотя бы в силу «фундаментальной ошибки атрибуции», предполагающей, что человек переоценивает влияние личностных характеристик на поведение другого человека вместе с тем, недооценивая ситуационные характеристики. Например, человек, проявляющий особенное волнение в связи с ожидаемой болью в процессе стоматологического лечения, вполне может действовать по объективным причинам, допустим, иметь крайне болезненный опыт посещения другого стоматолога в последний раз. Вместе с тем, врач, считая слишком сильный страх перед болью субъективной характеристикой пациента, вполне может классифицировать его как «неразумно боящегося боли» и выстраивать свое поведение в соответствии с представлением о таком типе особых пациентов. Иными словами, предпринятая врачом категоризация пациента окажется нерелевантной действительности, а последствия этой категоризации – необоснованными. Изучение способов классификации врачом пациентов

⁵ Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. СПб. : Питер. 2004. стр.114.

⁶ Там же , стр. 115.

⁷ Там же, стр.116.

в таком контексте приобретает дополнительную актуальность в практической перспективе.

Если в социальной психологии понятие социальной категоризации тесно связано с трактовками теории атрибуции, то в социологии необходимый для понимания этого феномена инструментарий мы можем обнаружить, например, в работах Альфреда Шютца, чьи интерпретационные схемы, и будут использованы нами в данном исследовании.

Рассмотрим предложенную Шюцем концепцию функционирования повседневного мышления в применении к интересующей нас проблеме восприятия врачом «особого» пациента⁸. В основе концепции Шюца лежит утверждение о том, что, воспринимая повседневный мир, человек апеллирует к усвоенному в процессе социализации опыту (по Шюцу «наличному знанию», *knowledge at hand*)⁹, представляющему собой набор представлений о различных объектах окружающего мира, данных в их типичности. Типичность любого объекта, на которую указывает Шютц, является для нас ключевым понятием. Познание мира как множества уникальных в своей индивидуальности объектов технически невозможно. Мир по Шюцу-это совокупность объектов, каждый из которых, хотя и обладает своеобразным набором свойств, все же может быть отнесен к какому – либо типу. Такое отнесение особенно актуально на стадии первичного столкновения с объектом. Учет специфических свойств объекта осуществляется лишь на следующей стадии взаимодействия с ним. Типические и индивидуальные характеристики объекта воспринимаются последовательно.

Как следует из шюцевского примера (с собакой), отличие определенного объекта возникает и проблематизируется только благодаря сходству с существующим в представлении типичным образом этого объекта. «Черты, выступающие в действительном восприятии объекта, апперцептивно переносятся на любой другой сходный объект, воспринимаемый лишь в его типичности»¹⁰. Шюц говорит о том, что хранящийся в опыте набор типических представлений верифицируется на практике. Крайне важным для нас является утверждение о том, что опытное подтверждение типового содержания приводит к обогащению этого содержания, что проявляется в дальнейшей категоризации типа и разбиению его на подтипы¹¹. Применяя сказанное в интересующем нас медицинском контексте, можно увидеть, что в глазах врача категоризации пациента как «особого» предшествует определение его как пациента вообще. Отнесение пациента к какой-либо из особых категорий, по-видимому, осуществляется уже на следующей стадии восприятия

⁸ Шюц А. Структура повседневного мышления // Социологические исследования. 1988. № 2. С. 129-137

⁹ Там же, стр. 129.

¹⁰ Там же, стр. 130.

¹¹ Там же, стр. 130.

врачом; это этап отнесения к подтипу как к отклонению, к детализации и спецификации основного типа. В первую очередь, особый пациент является Пациентом, и с этой точки зрения лишь понимание основного, типичного содержания его ролевого статуса позволит нам определить направления, по которым происходит дальнейшая классификация. Заметим, тем не менее, что «особость» пациента, не является его индивидуальной характеристикой. Она - типичность второго порядка.

Продолжая рассматривать концепцию повседневного мышления, сформулированную Альфредом Шюцем, заметим, что восприятие индивидом объекта естественным образом определяется не только природой этого объекта, но и характеристиками самого индивида. Шюц говорит о биографической ситуации индивида, сквозь призму которой в каждый момент времени преломляется его восприятие. Какой бы уникальной не была биографическая ситуация индивида, она является отражением одной социальности, пусть и в пересечении различных аспектов. «Лишь очень малая часть знания о мире рождается в личном опыте. Большая часть имеет социальное происхождение»¹². В таком случае, важно представлять биографическую ситуацию индивида, чтобы понять механизмы его восприятия. Во многом эта задача упрощается за счет того, что каждый индивид является участником «мы-группы», система релевантностей которой и применяется им для интерпретации мира. То, что правильно для *мы-группы*, правильно и для отдельных его членов. «Сюда относятся образы жизни, способы взаимодействия со средой, практические рекомендации по использованию типичных средств для достижения типичных целей в типичных ситуациях»¹³. Говоря о восприятии врача в конкретной, и что крайне важно отметить, институционализированной ситуации, медицинского взаимодействия с пациентом, нам необходимо обратить внимание на его профессиональную принадлежность как путь к *мы – группе*, правила и предписания которой применяются в такой ситуации при категоризации пациентов.

Следуя логике Шюца, человек участвует в процессе самотипизации, типизируя другого участника взаимодействия. Как говорит Шюц, «определяя роль «другого», я принимаю и свою роль». Определяя индивида, вошедшего в кабинет, как пациента, врач типизирует себя как врача, выбирая из множества стратегий поведения, находящегося в его, как личности, поведенческом арсенале. Перво-наперво, в медицинском кабинете встречаются Врач и Пациент. Впоследствии, отступление пациента от основного сценария инициирует процесс дальнейшей его типизации в глазах врача.

¹² Шюц А. Структура повседневного мышления. // Социологические исследования. 1988. № 2. стр. 132,

¹³ Там же, стр. 133.

Заметим, что независимо от вариаций в поведении и типизациях, ситуация взаимодействия врача и пациента сохраняет свою биографическую и институционализированную детерминированность. Во многом условия их взаимодействия предопределены. Именно эта предопределенность является источником мотивов участников медицинского взаимодействия, а также условием понимания ими друг друга. В терминах Щюца речь идет об идеализации взаимности мотивов. Врач и пациент способны «поменяться местами» в воображении. Предполагая, «что мотивы, приписываемые «другому», типично те же, что у него или у других в типично тех же обстоятельствах»¹⁴, врач и пациент имеют возможность объяснить для себя мотивы противоположной стороны. По словам Альфреда Щюца, «мы приписываем более или менее анонимным участникам набор инвариантных мотивов, управляющих их действиями»¹⁵. Одновременно с этим, «соотнося тип действия с лежащими в его основе типичными мотивами, мы начинаем конструировать тип личности»¹⁶. Учитывая сказанное, можно предположить, что «особый» типа пациента возникает в восприятии врача в результате того, что мотивы и поведение данного пациента интерпретируются особым образом, что вызывает особую реакцию со стороны врача. В таком случае, чтобы понять, в каком ракурсе врач может оценивать пациента и его мотивы, какими на самом деле могут быть эти мотивы, чем может определяться поведение пациента во время медицинской коммуникации, за счет чего может варьироваться результат категоризации, предпринятой врачом, необходимо рассмотреть общие условия взаимодействия врача и пациента, факторы, влияющие на положение, а, значит, и восприятие/ поведение каждого из них. В следующей главе мы попытаемся прояснить данные вопросы.

¹⁴ Щюц А. Структура повседневного мышления // Социологические исследования. 1988. № 2. стр. 132,

¹⁵ Там же, стр. 138.

¹⁶ Там же, стр.138.

Глава 2. Положение пациента и врача в медицинском взаимодействии: ожидания и детерминанты поведения.

Процесс категоризации пациентов врачом, на наш взгляд, не может являться случайным. Во многом его механизмы формируются в ответ на условия, при которых обычно осуществляется взаимодействие врача и пациента. Институционализированное положение каждого из участников, ожидания врача и пациента относительно друг друга, ситуационные факторы и ограничения образуют призму, сквозь которую характеристики и поведение пациента преломляются в восприятии врача, что приводит к определению пациента как принадлежащего к определенному типу. Со ссылкой на теоретические и эмпирические исследования опишем условия, в которых происходит взаимодействие врача и пациента, и факторы, влияющие на исход этого взаимодействия.

Следуя логике Толкотта Парсонса, в свою очередь развивающего мысль Хендерсона, в рамках данной работы мы будем говорить о взаимоотношениях врача и пациента как об отдельной социальной системе.

Бегло напомним о том, что именно Т. Парсонс подробно описал систему *врач – пациент*, правила взаимодействия, в которой призваны нивелировать дисфункциональное значение болезни как социального феномена. Определяя болезнь как девинатное состояние, не позволяющее индивиду реализовывать предписанные ему в здоровье социальные роли и тем самым угрожающее целостности общества, Парсонс находит способ объяснить, каким образом социум защищает себя и своих членов в условиях одинаково вероятного для любого человека состояния болезни и его социальных последствий. По мнению Т. Парсонса (продолжившего логику рассуждений Хендерсона), управление болезнью как социальной проблемой оказывается возможно путем выведения болезни в рамки отдельной социальной роли и формирования комплиментарной ей ролевой структуры, которая наделена функциями социального контроля поведения в болезни. Речь идет о *ролях больного и врача*.

Роль больного, с одной стороны, призвана защитить ненамеренно, а, значит, безвинно, без несения ответственности, заболевшего человека от исключения из социальной системы в период временной социальной недееспособности. С другой же стороны, она предполагает защиту социума от корыстного использования заболевшим индивидом своего положения временно освобожденного от выполнения социальных обязательств.

Роль больного включает право на легитимированное освобождение от обязательств, связанных с выполнением других социальных ролей. Ненамеренность отклонения в случае болезни отражается в роли больного как признание со стороны окружающих того, что он не может справиться со своей болезнью самостоятельно. Вероятность спонтанного выздоровления также не очень велика. Как следствие, институционализированной оказывается помощь больному, забота о нем со стороны других людей. То есть больной получает не только право на болезнь, но и право на помощь. Права, содержащиеся в роли больного, балансируются существованием обязанностей. В их число входит стремление к выздоровлению с обязательным обращением за профессиональной медицинской помощью, лишь использование которой позволяет социально легитимизировать состояние болезни и активировать сопутствующие ему права больного.

Рассмотрим положение пациента и врача подробнее.

2.1. Пациент.

Скорее всего, об особом пациенте, (приобретающем такой статус в любом случае в ответ на собственные характеристики), можно говорить как о пациенте, имеющем особое представление о формате взаимодействия врача и пациента, а также особые ожидания относительно этого взаимодействия. В таком случае, крайне важно понимать, отклонением от чего являются особые представления и ожидания, каково их базовое ядро, что представляет из себя «обычный», не замеченный в «особости» пациент.

В самом общем виде, опять же со ссылкой на работы Т. Парсонса, положение пациента описывается тремя ключевыми позициями. Предполагается, что пациент, во-первых, нуждается в медицинской помощи (не может сам справиться с болезнью), во-вторых, не обладает компетентностью в области медицины, в – третьих, эмоционально включен в процесс лечения в связи с беспокойством за здоровье. Резюмируя данные позиции, приходится говорить о пациенте как о пассивном и зависимом, находящемся в рецессивном положении относительно врача. Однако, такое представление поверхностно, и удовлетворяет лишь одному из форматов взаимодействия пациента и врача – патерналистскому. Вместе с тем социологические исследования указывают на то, что такая модель не является единственной¹⁷. В первую очередь потому, что развитие средств массовой информации приводит к сокращению разрыва в медицинском знании между пациентом и врачом. Пациент начинает ориентироваться в том, что происходит в процессе лечения. Более того, становится ясно, что медицинское обследование возможно лишь при

¹⁷ Morgan M. The doctor-patient relationship. / Sociology as applied to medicine ed. by Graham Scambler. - London, Bailliere Tindall.1991. P. 52.

активном участии со стороны пациента, единственно способного донести до врача переживания своего тела (если мы говорим о физиологических болезнях). Взаимоотношения между врачом и пациентом становятся «обоюдными», их положение относительно друг друга выравнивается. Впрочем, данная модель также не универсальна. Серьезные коррективы в поведение пациента вносит распространение платного формата лечения. В пределах частной медицины платящий за услуги пациент получает право выбора врача и основания требовать должного качества оказываемых медицинских «услуг». Имеющие моральное ядро медицинские отношения приобретают консьюмеристский оттенок. В таком контексте ранее детерминированная доминантным положением врача асимметрия меняет направление. Материально зависимый от пациента врач вынужден следовать правилам игры «покупателя». Хотя такое положение скорее смягчает доминирование врача, не делая позицию пациента приоритетной. Так же как и раньше пациент приходит, чтобы его вылечили. Так же как и раньше он эмоционально обеспокоен своим здоровьем и ждет от врача успокоения. По словам К. Росс и Дж. Миrowsки, пациент чаще оценивает успешность коммуникации с врачом по тому, как к нему относятся, а не по техническим медицинским параметрам¹⁸. И в этом смысле успешный выбор врачом коммуникативной стратегии оказывается крайне важной переменной, о чем мы будем говорить позже.

Несмотря на то, что положение пациента во взаимодействии с врачом в большей или меньшей степени зависимо, важно отдавать себе отчет в том, что и он приходит в медицинский кабинет с определенными ожиданиями, оправдание или неоправдание которых определяет его поведение. Необходимость реализации медицинского знания на практике ставит перед врачами задачи не только технического, но морального и социального значения¹⁹. В таком случае, можно говорить о том, что наряду с инструментальной (технической, репрезентирующей объективное медицинское знание) стороной взаимодействия между врачом и пациентом существует еще и социокультурная, нормативная сторона. И если техническая составляющая пока еще в большей степени доступна компетентному врачу, а не обывательски рассуждающему пациенту, социальные и моральные компоненты медицинского взаимодействия понятны обоим участникам. Как показывает Александер Сигелл, именно в таком контексте крайне важно учитывать представления пациента о предстоящем взаимодействии с врачом. Менее подкованный в медицинском смысле пациент и в процессе лечения сохраняет свою социальную

¹⁸ Ross C., Mirowsky J. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. // Journal of Health and Social Behavior. 1982, Vol.23.No. 4. P.319.

¹⁹ Rhee Sang-O. Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care. // Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol.18. No.1. P. 17.

компетентность, а значит, способен вырабатывать свою позицию относительно происходящего и влиять на него.

Ожидания пациента могут касаться как качества лечения, так и иных параметров. Например, предполагается, что существует некоторое среднестатистическое представление о статусных характеристиках врача, которые и ожидаются пациентом²⁰. Статус врача может по-разному восприниматься в пересечении с собственным статусом пациента. Питер Макгвайер обращает внимание на то, что пациенты с более низким, чем у врача, статусом нередко испытывают дополнительные трудности в общении, стесняясь задавать вопросы доктору, боясь не найти правильных слов, беспокоясь, что врач сочтет их неблагодарными и станет лечить хуже²¹. Более того, ожидания относительно статуса врача могут меняться в случае, когда пациент обслуживается платно (что крайне актуально для данного исследования). Здесь, как показывают Росс и Мировски, пациенты надеются обнаружить врача с сопоставимым или несколько более низким статусом по сравнению с их собственным²². Примечательно, что пациенты, лечащиеся бесплатно, предпочитают, чтобы статус их врача был выше их собственного. По-видимому, речь идет о поиске пациентом гарантии качества лечения.

Заметим, что ожидания пациента относительно статусных характеристик врача подвержены временной динамике. Например, примирение с неоправдавшимися ожиданиями происходит в случае, если предстоит длительное лечение и частые встречи с врачом. Здесь значимость статуса врача уменьшается по мере увеличения продолжительности знакомства с ним²³. Учитывая тот факт, что стоматологическое лечение чаще всего предполагает многократные посещения, важно помнить о том, что восприятие пациента может изменяться. (Вполне вероятно, что сказанное справедливо и относительно восприятия врача. И с этой точки зрения важно понимать, когда именно он формирует своей представлении о конкретном пациенте, определяет его тип).

Ожидания пациента могут трансформироваться под влиянием эффекта предыдущего посещения. Эффективность полученного лечения, эмоциональные впечатления, оценки результативности собственного поведения не могут не влиять на настрой пациента при следующем визите, пускай и к другому врачу²⁴.

²⁰ Ross C., Mirowsky J. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. // Journal of Health and Social Behavior. 1982, Vol.23.No. 4. P.319.

²¹ Maguire P. Doctor-patient skills. / Social skills and Health/ Ed. by M. Argyle. London and New York: Methuen & Co.ltd, 1981. P.65.

²² Ibid. P.325.

²³ Ross C., Mirowsky J. Physician status characteristics and client satisfaction in two types of medical practice. // Journal of Health and Social Behavior. 1982, Vol.23.No. 4. P.320

²⁴ Ross C. Duff R. Returning to the doctor: the effect of client characteristics, type of practice, and experiences with care. // Journal of Health and Social Behavior. 1982, Vol. 23. No. 2. P.119.

Более того, ожидания пациента, могут быть чувствительны к социальным, культурным и личностным особенностями переживающего болезнь²⁵. На эмпирическом уровне обнаруживаются вариации в восприятии и исполнении роли больного по социально-демографическим признакам²⁶, проявляются различия в поведении между пациентами различного пола, как уже было показано, различного социального класса²⁷. Не удивительно, что положение стоматологического пациента также обладает своей спецификой, которую мы рассмотрим чуть позже. А пока обратимся к положению врача в пределах медицинского взаимодействия .

2.2. Врач.

Положение врача в пределах взаимодействия с пациентом главным образом определяется его профессиональным статусом. Обязанность и желание вылечить пациента, основанная на обладании медицинским знанием лежат в основе медицинской профессии. Крайне важной для врача оказывается профессиональная социализация, в процессе которой усваиваются не только нормативы взаимоотношений с пациентами, но и стратегии общения с ними.

Принадлежность к профессиональной группе влияет на поведение врача. Например, такой параметр как степень открытости его профессии для наблюдения со стороны коллег, определяет, в какой мере врач стремится соответствовать нормативным требованиям в своей повседневной деятельности. Так в госпитале врач постоянно вынужден выполнять все профессиональные требования, подтверждая свою роль врача перед коллегами, в то время как осмотры в кабинете нередко проводятся врачами в менее строгой форме²⁸.

Характерными для медицинской профессии являются отделение биологических процессов от человека и концентрация внимания именно на них. В рамках взаимодействия с пациентом в фокусе внимания врача в первую очередь оказывается болезнь, а не субъект²⁹. И хотя для успеха лечения значимость коммуникативных, и в том числе эмоциональных, усилий врача является неоспоримой, лично для врача коммуникация с

²⁵ Segall A. The sick role concept: understanding illness behavior. // Journal of Health and Social Behavior. 1976. Vol.17. No.2.P.165.

²⁶ Arluke A., Kennedy L., Kessler R. Reexamining the sick role concept: an empirical assessment. //Journal of Health and Social Behavior. 1979. Vol.20. No.1.; Twaddle A. Health decisions and sick role variations: an exploration.// Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.2.

²⁷ Ossenberg R. The experience of deviance in the patient-role: a study of class differences. // Journal of Health and Social Behavior. 1962. Vol.3. No.4.

²⁸ Gray R. Newman W. The effect of medical specialization on physicians' attitudes. // Journal of Health and Social Behavior. 1966, Vol. 7. No. 2. P.130.

²⁹ Ibid. P.366.

пациентом до определенной степени деперсонифицирована³⁰. Персонификация взаимоотношений с пациентом знаменует нарушение врачом принципа аффективной нейтральности, что имеет как положительные, (формирование более гибких способов взаимодействия), так и отрицательные, (реакция на личностные, социокультурные, клинические характеристики пациента) последствия.

Формат профессиональной деятельности врача детерминируется как внутренними (интерналии), так и внешними (экстерналии) факторами.

Впервые вопрос такого рода ставится Элиотом Фрейдсоном в его книге «Медицинская профессия: изучение социологии прикладного знания». Автор указывает на то, что наряду с личностными характеристиками врача, уже в то время привлекающими внимание исследователей, уровень медицинского обслуживания определяется и форматом организации работы³¹. Ситуационные параметры взаимодействия врача и пациента оказываются недооцененными. Так, например, поведение врача во многом корректируется за счет временного фактора, значение которого состоит в том, что количество времени, отведенного на взаимодействие с данным пациентом, ограничено. Питер Макгвайер говорит о том, что в рамках экспериментальных исследований 72% студентов –медиков испытывают трудности при общении с пациентом, зная, что на прием выделено всего лишь пятнадцать минут³². Временная ограниченность приема может влиять и на отношение врача к пациентам. Лишние, по мнению врача, действия пациента отнимают драгоценное время, ставят полноценное решение профессиональной задачи под угрозу. Появляется такая переменная как оценка врачом необходимости визита пациента. «Ненужные» посещения по тривиальным поводам вызывают негативную реакцию со стороны врача³³. Данный феномен менее актуален для коммерческой медицины, где плата за прием либо оказывается барьером, отсекающим пациентов с несерьезными жалобами, либо компенсирует такие визиты. Заметим, что поведение врача варьируется в зависимости от того, в частном или государственном секторе он работает, не только в контексте оценок обоснованности визита пациента. В исследовании Марка Филда показано, что работая в бюрократически организованной государственной поликлинике, оказывая помощь всем нуждающимся, независимо от их платежеспособности, имея регулярный и предсказуемый

³⁰ Anspach R. Notes on the sociology of medical discourse: the language of case presentation. //Journal of Health and Social Behavior. 1988, Vol. 29. No. 4. P.365.

³¹ Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago and London. The University of Chicago Press.1988. P.87.

³² Maguire P. Doctor-patient skills. / Social skills and Health/ Ed.by M. Argyle. London and New York: Methuen &Co.ltd, 1981. P.57.

³³ Barr J. Physician's views of patients in prepaid group practice: reasons for visits to HMOs. // Journal of Health and Social Behavior. 1983, Vol. 24. No. 2. P.244.

доход, не испытывая недостатка в пациентах, не конкурируя с другими врачами, врач проявляет большее равнодушие к пациентам, незаинтересованность в них³⁴. Проявляются случаи недолечивания заболеваний. Одновременно с этим в условиях коммерческой медицины, где благополучие врача зависит от количества посещающих его пациентов, селекционируемых по платежеспособности, он ориентируется на пациента, оказывает более конкурентоспособные, а значит качественные, услуги, заботится о своей репутации.

Занг О Рии предпринимает попытку оценить значимость внешних и внутренних детерминант деятельности врача. В ряду интерналий оказываются такие личностные характеристики врача, отражающие уровень его профессионализма (тип оконченной медицинской школы, продолжительность практики, степень специализации). Экстерналии операционализируются как тип амбулаторных условий и тип госпиталя, где проводится лечение. Исследование Занг О Рии показало, что как образование и опыт врача, так и текущие условия его работы значимо влияют на качество оказываемых им услуг. Однако, внешние факторы все же играют более важную роль. При этом автор указывает на то, что организационные условия по-разному сказываются на уровне профессионализма врачей. Доктора, имеющие большой опыт работы, проявляют меньшую чувствительность к окружающим их условиям, в то время как ориентация менее опытных врачей на систему функционирования клиники оказывается более выраженной³⁵.

Важно отметить, что значимость ситуационных условий ни в коем случае не нивелирует детерминирующей роли личностных характеристик врача. При этом необходимо различать действительные личностные качества врача и его представления о должном поведении и способах лечения. В таком контексте ставится вопрос о так называемой чувствительности врача (physician sensitivity). Данный параметр описывает, в какой степени врач относится к пациенту как к целостной личности, а не как к носителю болезни. Выделяют два типа врачей: ориентированного на медицинское вмешательство и нацеленного на поддержку. Первый тип характеризуется концентрацией внимания на болезни, второй - ориентацией на пациента и высокой степенью ответственности перед ним. В первом случае говорят о низкой чувствительности врача, во втором - о высокой. В исследовании « Психосоциальные характеристики врача и пациента и их влияние на принятие медицинских решений» Герман Штауденмайер и Мартин Лефковитц показывают, что степень чувствительности врача оказывается крайне важным параметром в контексте реакции врача на характеристики пациента. В частности, авторы ставят

³⁴ Field M. The doctor-patient relationship in the perspective of "fee for service" and "third party" medicine. // Journal of Health and human Behavior. 1961, Vol. 2. No. 4. P.256-257.

³⁵ Rhee Sang-O. Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care. // Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol.18. No.1. P. 15.

вопрос о том, каким образом изменяется клиническое поведение врачей с разной степенью чувствительности в зависимости от такого параметра как склонность пациента к панике, мнительность, неадекватное (преувеличенное) восприятие симптомов. На эмпирическом уровне выясняется, что врачи с меньшей чувствительностью более склонны выписывать имеющие побочные эффекты, но купирующие симптомы медицинские препараты пациентам, подверженным панике. По мнению Штауденмайера и Лефковитца, такой результат может свидетельствовать о том, что ориентированные на медицинское вмешательство и на болезнь врачи с большей вероятностью готовы пренебрегать благополучием пусть навязчивого пациента, лишь бы «избавится от него»³⁶. Врачи с высокой чувствительностью в таких случаях предпочитали увеличить продолжительность пребывания паникующего пациента в больнице.

Обратим внимание на то, что сказанное в данной главе о пациенте и враче основывается на теоретических и эмпирических наработках, сформированных в результате изучения медицинского взаимодействия в пределах общей практики. Однако, скорее всего, каждая конкретная медицинская область обладает специфичностью, способной несколько модифицировать положение врача и пациента. Без понимания этой специфичности мы вряд ли сможем понять, какая таксономия «особых» пациентов может содержаться в представлении врача-стоматолога, какие параметры определяют поведение пациента и оценивание его черт врачом. Таким образом, прежде чем переходить к изучению «медицинской карьеры» «особых» пациентов в условиях стоматологической практики, целесообразно выяснить, в чем состоит ее специфичность с точки зрения содержания ролей пациента и врача, а также условий реализации коммуникации между ними. Данную задачу нам предстоит решить в следующей главе.

³⁶ Staudenmayer H., Lefkowitz M. Physician –patient psychosocial characteristics influencing medical decision – making. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15E. P. 81.

Глава 3. Пациент и врач в стоматологической практике: ролевая и ситуационная специфика.

В данной главе мы не только опишем известные на сегодняшний день специфические черты стоматологической практики, но и попытаемся показать, почему именно эта область медицины была выбрана нами в качестве платформы для изучения «медицинской карьеры» «особых» пациентов.

3.1. Пациент в стоматологии: «мнимый» больной?

Если говорить о специфике непосредственно положения врача и пациента в стоматологической практике, то здесь целесообразно отметить ряд отклонений от классического ролевого содержания. В частности, своеобразие течения дентальных заболеваний меняет положение пациента. Лишь в острой стадии такие заболевания обеспечивают ему кратковременное освобождение от социальных обязанностей, то есть полноценную роль больного³⁷. В остальных случаях «проблемы с зубами» оказываются личным делом индивида, требующим совмещения с повседневными социальными обязанностями. Важным для пациента оказывается месторасположение клиники, ее удобство и доступность³⁸. Сам индивид заинтересован в выздоровлении в первую очередь, для социальной системы этот вопрос вторичен. Многие привилегии роли больного в случае со стоматологическими заболеваниями нивелируются. Здоровье как цель в ситуации с зубными заболеваниями замутняется. В частности, исследование С. Кигилиса показало, что даже уверенность в том, что дентальные заболевания могут иметь крайне серьезные последствия для здоровья, оказывается слабым мотивом для посещения стоматолога³⁹. Чаще всего посещение стоматолога откладывается до того момента, когда болевые ощущения или физиологические неудобства перестают быть терпимыми и оправданными. Не менее значимыми являются социальные стимулы. Роль зубного здоровья в пределах социальной коммуникации становится заметной. Здоровье зубов приобретает статус социального индикатора, тесно связанного с социальным положением их обладателя⁴⁰. Серьезные дентальные дефекты оказываются поводом к социальной дискриминации индивида⁴¹. Как следствие, визит к стоматологу мотивируется не только

³⁷ Reisine S. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. // *Social Science and Medicine*. 1981. Vol.15A. P. 756.

³⁸ Davies A., Jr J. Measuring patient satisfaction with dental care. // *Social Science and Medicine*. 1981. Vol.15A. P. 751.

³⁹ Kegeles S. Why people seek dental care: a test of conceptual formulation. // *Journal of Health and Social Behavior*. 1963. Vol.4. No.3. P. 171.

⁴⁰ Rutzen S. The social importance of orthodontic rehabilitation: report of a five year follow-up study. // *Journal of Health and Social Behavior*. 1973. Vol.14. No.3. P. 234.

⁴¹ Ibid. P.239.

медицинскими факторами. Во многом, здоровье зубов оказывается аспектом социального представления (performance), отчасти, становясь потребительским товаром. Чаще всего коммерческие по своей организации стоматологические услуги требуют от пациента материальных затрат. Все это с ощутимой вероятностью актуализирует конъюнктурные возможности роли пациента в его собственном представлении. Ожидания стоматологического пациента могут корректироваться с учетом его прав как покупателя услуг, что в свою очередь является потенциальным вызовом медицинскому укладу стоматологической практики.

Заметим, что наряду со стимулами к посещению стоматолога пациент сталкивается и с определенными барьерами. Центральным из них является страх перед болью в процессе лечения⁴². В таком контексте важной для пациента оказывается возможность купирования боли, обостряются вопросы доступа к врачу, записи к нему в подходящее время, длительности ожидания приема⁴³. Эти параметры встают в один ряд с ожиданиями качества лечения и подсчетом затрат на него.

3.2. Врач –стоматолог: амбивалентность профессии.

Что касается положения врача-стоматолога, то профессиональные условия стоматологической практики обладают определенной специфичностью. Во многом профессия врача –стоматолога может быть охарактеризована как амбивалентная. Амбивалентность стоматологической сферы возникает, например, в ракурсе «медицина-бизнес». Независимо от официального формата деятельности, стоматологическая практика чаще всего организовывается по коммерческим принципам. Еще в 1878 году в Британском Медицинском Журнале было записано «Медицина-это профессия, стоматология-это в большей степени бизнес»⁴⁴. И тот факт, что в советской России данная область оказалась в ряду особенных «хозрасчетных» категорий, а сегодня в основном реализуется в форме частных клиник, косвенно указывает на содержащееся в сказанном рациональное зерно.⁴⁵ Коммерческий формат стоматологической деятельности не может не накладывать отпечатка на позиции ее участников. И хотя сегодня

⁴² Kegeles S. Why people seek dental care: a test of conceptual formulation. // Journal of Health and Social Behavior. 1963. Vol.4. No.3. P. 172.

⁴³ Davies A., Jr J. Measuring patient satisfaction with dental care. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15A. P. 759.

⁴⁴ Sherlock B. The second profession: parallel mobilities of the dental profession and its recruits. // Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.1. P. 41.

⁴⁵ Некоррупцированная государственная медицина составляет меньшую ее часть и не представляет интереса в данном контексте

медицинскую базу стоматологической практики отрицать не приходится, ее отличия от других областей медицины несомненны⁴⁶.

Амбивалентность проявляется и в контексте привлекательности стоматологии как профессии. С одной стороны, профессия стоматолога престижна и крайне привлекательна, как род занятости, особенно, если мы говорим о коммерческих организациях. В первую очередь это связано с тем, что данная область характеризуется высокими доходами ее участников⁴⁷. Вместе с тем как профессия стоматолога предполагает высокую степень автономности врача⁴⁸. Даже работая в определенной клинике и считаясь с ее политикой, пользуясь своим профессиональным авторитетом, врач имеет возможность влиять на величину собственных заработков, количество рабочих часов, условия работы. Очень часто деятельность отдельных стоматологов внутри клиник по конфигурации напоминает индивидуальную частную практику. Как следствие:

1. доход врача зависит от количества и «качества» пациентов;
2. у врача есть возможность оценивать социально-демографический портрет пациентов (от которого потенциально зависит его собственное материальное благополучие);
3. врач не находится под жестким контролем коллег, хотя и может обратиться за советом по мере надобности.

Привлекательной характеристикой стоматологической практики является и ее направленность на облегчение страданий человека, что в совокупности со склонностью к «работе руками» (manual skill) обеспечивает высокий уровень удовлетворения врача собственной деятельностью. А возрастающая в последнее время не только медицинская, но и эстетическая роль стоматологического лечения, увеличивает ряды отправляющихся к стоматологу, то есть, все большее количество людей принимают роль пациента, и в своем желании сохранить здоровье зависят от врача, что указывает на профессию стоматолога как на востребованную и усиливает ее преимущества. Вместе с тем, пребывание в стоматологической сфере означает для врача столкновение с трудностями, способными компенсировать положительный полюс амбивалентности. Эти трудности в первую очередь связаны с эмоциональной составляющей профессии стоматолога. Учитывая значимость эмоциональных усилий стоматолога в контексте выявления последствий принадлежности пациента к разряду «особых», посвятим данному вопросу отдельный параграф.

⁴⁶ Murray B. "Dentists' preferred sources of new drug information and their attitudes toward the use of drugs by patients"// Social science and medicine. 1981. Vol. 15A. P. 788.

⁴⁷ More D., Kohn Jr. Some motives for entering dentistry. // The American Journal of Sociology. 1960. Vol.66. No.1. P.48. (48-53)

⁴⁸ Ibid. P.48.

3.3. Роль эмоций в медицинской профессии: случай терапевтической стоматологии.

Аналитически медицинские специализации делятся на два больших класса: на профессии, предполагающие высокий уровень социально-эмоциональной включенности в межперсональное взаимодействие с пациентом и специальности, практически не требующие межличностного общения с пациентом⁴⁹. Терапевтическая стоматология относится к первой группе. Как область профессиональной деятельности, стоматология является не только «трудоемкой», но и эмоционально емкой. Не романтизируемая в обществе, нередко она оказывается «объектом ужаса»⁵⁰, стойко вызывая ассоциации с зубной болью, рождая психические феномены типа “dental phobia”⁵¹. Исследования показывают, что врачи-стоматологи отдают себе отчет в том, что их профессиональный имидж имеет негативную окраску в глазах их потенциальных пациентов⁵². Высокая вероятность переживания боли в процессе стоматологического лечения приводит к тому, что степень эмоционального беспокойства пациента стоматологического кабинета оказывается выше, чем обычно. Ситуация осложняется и тем, что физиологические особенности переживания боли каждым отдельным пациентом не позволяют врачу быть уверенным в том, что в случае с данным пациентом, боль можно будет тотально проконтролировать. Гарантии безболезненности объективно не могут быть даны врачом - стоматологом. Перед врачом встает проблема эмоционального примирения пациента с болью, абсолютное купирование которой не всегда оказывается возможным.

Широко распространенные установки относительно болезненного стоматологического лечения определяют необходимость для стоматолога включать в медицинскую коммуникацию элементы психологического убеждения, тем самым, персонализируя контакт с пациентом. В результате, в данной медицинской специальности крайне актуальной оказывается эмоциональная составляющая профессии врача, его целенаправленные усилия по успокоению и противоболевой поддержке пациента. Ранее мы уже говорили о том, что впечатление пациента о коммуникации с врачом во многом формируется на основании оценок поведенческих, а не медицинских характеристик врача. Центральным для пациента является вопрос облегчения эмоционального беспокойства, связанного с переживанием за свое здоровье. В контексте

⁴⁹ Gray R. Newman W. The effect of medical specialization on physicians' attitudes. // Journal of Health and Social Behavior. 1966, Vol. 7. No. 2. P.130.

⁵⁰ Sherlock B. The second profession: parallel mobilities of the dental profession and its recruits. // Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.1. P. 42.

⁵¹ Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. Пациент и стоматолог глазами друг друга. // «Журнал практической психологии и психоанализа». 2000. № 4, стр. 3./ <http://pub.glavmed.ru/action-08/sub-/id-19072/index.html>

⁵² Quarantelli E. School-learned adjustments to negative self-images in high status occupational roles: the dental students example. // Journal of Educational Sociology. 1961. .Vol. 35. No.4. P.166.

стоматологического лечения, как мы увидим, актуальным оказывается и облегчение физической боли.

Обратим внимание на то, что специфика стоматологического лечения проявляется еще и в том, что в этой области лечение чаще всего следует непосредственно за консультацией и осуществляется самим врачом, а не превращается в домашнее лечение по выписанным рецептам. С точки зрения эмпирического исследования именно в стоматологической практике появляется возможность проследить весь цикл взаимоотношений между врачом и пациентом от первичной жалобы до окончательного излечения. Этот цикл чаще всего состоит из большого количества посещений, а значит, мы можем говорить о наблюдении за медицинской карьерой пациента. Данный аспект является важным и с точки зрения специфики эмоциональной составляющей стоматологии как медицинской профессии. Наряду с многократностью проводимого лечения, распространенной практикой является в идеале регулярное, а реально, «по мере надобности», посещение «своего» зубного доктора. В этом случае, заинтересованный в том, чтобы стать постоянным врачом, стоматолог вынужден действовать так, чтобы эффект предыдущего посещения оказался позитивным и стимулировал последующие визиты. Деятельность в этом направлении также требует от врача определенных усилий, объем которых особенно значителен, если мы говорим о российской стоматологической практике. В профессиональном лексиконе российских стоматологов живет такое понятие как «память тела». Разговор о «памяти тела» заходит в ситуациях, когда пациент демонстрирует врачу страх перед лечением зубов. По мнению сегодняшних стоматологов, технические возможности советской стоматологии обусловили тот факт, что болевой шок, испытанный во время лечения тогда, запоминался организмом, и переживание страха стало носить почти что физиологический характер, с трудом преодолеваемый рациональными способами. Представленный в таком виде эффект предыдущего посещения усугубляет значимость эмоционального поведения российского стоматолога.

В контексте переживания боли и связанных с ней эмоций стоматологическая практика является исключением еще и потому, что в условиях современной медицины боль здесь не имеет функционального значения. В своей работе «Разговор о боли: выражение страдания в процессе медицинского обследования» Мартин Хиз показывает, что в некоторых медицинских случаях боль используется врачом и пациентом в качестве индикатора, позволяющего диагностировать нарушение⁵³. В таких ситуациях, по наблюдениям Хиза, пациент, выступающий в роли эксперта, единственно способного

⁵³ Heath C. Pain talk: the expression of suffering in the medical consultation.// Social Psychology Quarterly. 1989. Vol. 52. No.2.

точно определить место локализации боли, нередко абстрагируется от непосредственно переживаемого болевого опыта, занимая позицию объективного наблюдателя за проявлениями своего тела. Как следствие, перенесение боли пациентом оказывается более осознанным, а ответственность за возникновение боли в равной степени распределяется между самим пациентом и его врачом. Диагностические возможности зубной боли в настоящее время практически не используются стоматологами, имеющими специальное диагностическое оборудование. Пациент теряет возможность переживания боли в роли полноправного участника диагностической или лечебной процедуры. Пассивность его роли в стоматологическом кресле замыкает пациента на ощущении боли, выдвигая ее переживание на передний план. Эмоции, тесно связанные с физиологическим состоянием человека и поведением его тела, в ситуации взаимодействия врача-стоматолога с пациентом, переживающим боль, оказываются фактором, которым невозможно пренебречь.

Таким образом, врач-стоматолог в своей профессиональной деятельности сталкивается с необходимостью эмоционального маневрирования, когда, с одной стороны, важно оставаться эмоционально нейтральным, индифферентным к характеристикам и поведению пациента, (как предписывает медицинская этика), а с другой - необходимо постоянно поддерживать эмоциональный контакт с пациентом, не только внимательно отслеживая вариации его психического и физического состояния, но и адекватно реагируя на них.

Представляется, что артикулированный характер эмоциональных и коммуникативных усилий врача-стоматолога позволяет эффективно использовать стоматологическую практику для изучения восприятия врача в контексте влияния его отношения к «особому пациенту». Учитывая упомянутую целенаправленность усилий врача, можно предположить, что их проявление будет варьироваться в зависимости от того, с каким пациентом осуществляется взаимодействие в данный момент. Точно также в зависимости от типа «особого» пациента гипотетически могут возникать изменения в коммуникативных стратегиях врача.

Глава 4. Этнографическое обследование стоматологической клиники в контексте проблемы «особого» пациента: программа и схема проведения.

Хотя случай со стоматологической практикой и позволяет подступиться к проблеме «особого» пациента и его медицинской карьеры с эмпирическим исследованием, техническая реализация этого мероприятия не является легкой задачей. Изучение медицинской карьеры «особых» пациентов в пределах стоматологической практики требует понимания того, какие именно пациенты могут оцениваться как особые, в чем состоит их ролевое содержание.

Принимая во внимание установку на универсализм по отношению к пациентам, хотя и опровергаемую в социологических исследованиях, но не уходящую из официально декларируемой профессиональной врачебной этики, необходимо отдавать отчет в том, что постановка вопроса об «особости» некоторых пациентов является потенциально чувствительной для врача, что создает дополнительные трудности в изучении этой проблемы. Добавим к этому и то, что исчерпывающая таксономия «особых» пациентов, по нашим оценкам, вряд ли, может быть обнаружена в западной или российской литературе по медицинской социологии или даже психологии. Информация о зафиксированных в медицинской практике типах «особых» пациентов отрывочна. Даже там, где поднимается проблема «особого» пациента, представление о способах реакции врачей на различные его типы аморфно. Возможности формулирования исследовательских гипотез на основании такого представления ограничены. Особенно, если мы говорим о стоматологической практике, неизученной в контексте проблемы «особого» пациента. В таком случае перед нами встает необходимость выбора исследовательской стратегии, которая позволила бы нам, во-первых, выделить более или менее полную таксономию «особых» пациентов в стоматологической практике, а, во-вторых, оценить медицинскую карьеру таких пациентов, минуя этически предписываемую, но не отражающую действительного положения дел реакцию врачей на них. На наш взгляд, наиболее подходящей стратегией с точки зрения избегания чувствительности, получения описания таксономии «особых» стоматологических пациентов и изучения восприятия врачей-стоматологов является этнография. Именно этнографический подход был использован нами для проведения эмпирического исследования. Опишем схему, в соответствии с которой было выстроено это исследование.

Напомним, что **цель исследования** состояла в изучении восприятия врачей-стоматологов в перспективе обнаружения таксономии «особых» пациентов и анализа

вариаций коммуникативных стратегий врача в зависимости от того, с каким типом «особого» пациента он имеет дело.

В свете поставленной цели нам предстояло решить ряд **задач**.

В первую очередь необходимо было выделить таксономию «особых» пациентов, встречающихся в пределах стоматологической практики. Целесообразно было проверить, насколько существующая в западной социологической литературе классификация «особых» пациентов уместна в российской стоматологической практике, а также оценить, насколько исчерпывающей она является.

Не менее важно было дополнить таксономию «особых» стоматологических пациентов, в случае необходимости.

Также перед нами стояла задача проверить, является ли сформированная в результате решения предыдущей задачи таксономия значимой с точки зрения последствий для пациента.

Предметом исследования для нас являлись личностные, социальные и клинические характеристики стоматологического пациента, определяющие категоризацию его как «особого», и, предположительно, являющиеся источником вариаций коммуникативных и эмоциональных стратегий врачей-стоматологов. В фокусе нашего внимания находились не только общие условия функционирования стоматологической клиники, как детерминанты позиций пациента и врача, но и непосредственно ситуации коммуникации между стоматологами и их пациентами.

В роли **объекта** исследования выступили 6 стоматологов-терапевтов, работающих в одном из филиалов ведущей сети стоматологических клиник города Москвы. Именно терапевтическая специализация врачей выбрана в связи с предположением, что здесь процессе лечения представляется наиболее болезненным, и этот стереотип требует от врача применения дополнительных коммуникативных усилий. Мы отдаем себе отчет в том, что выбор объекта может повлечь за собой смещение по полу врача, связанное с тем, что чаще всего стоматологами-терапевтами работают женщины. В нашем случае это именно так. Точно также мы понимаем, что, рассматривая ситуацию в пределах лишь одной клиники, мы не можем претендовать на репрезентативные результаты. Но, во-первых, данную клинику можно с высокой долей вероятности назвать типичной. Во-вторых, учитывая разведывательный характер исследования, в большей степени мы были ориентированы на достижение внутренней, а не внешней, валидности результатов.

Формат реализации наблюдения.

В данной работе этнографический метод был использован для отслеживания таксономии особых пациентов в условиях стоматологической практики, а также для получения

сведений о возможных реакциях врачей-стоматологов на взаимодействие с «особыми» пациентами. Характер стоящих перед нами задач определил двухэтапный формат осуществления наблюдения. На первом этапе наблюдение было неструктурированным, что позволило провести второй этап наблюдения в формализованном формате. На обоих этапах в пространстве наблюдения автором занималась позиция «наблюдателя как участника»⁵⁴. Суть изучаемой проблемы была декларирована с акцентом на исследовании поведенческих характеристик пациентов. Аспект проблемы, касающийся восприятия и стратегий врача, остался закрытым.

Позиция «наблюдателя как участника» представлялась наиболее выигрышной.

Во-первых, она обеспечивала беспрепятственный доступ к клинической информации о пациенте и враче (способ попадания в клинику, стоимость полученного лечения, номер посещения, профессиональные характеристики врачей: стаж, продолжительность работы в данной клинике).

Во-вторых, позволила получить разрешение на использование аудиозаписывающей аппаратуры без необходимости оповещения врачей, что минимизировало искажение поведения врачей, которое могло бы возникнуть, в случае, если бы аудиозапись производилась открыто.

В-третьих, позиция «наблюдателя как участника» давала возможность в случае необходимости обращаться за разъяснениями к врачам.

Процедура отбора единиц исследования.

На первичном этапе наблюдения, нацеленном на выявление возможной типологии «особых» стоматологических пациентов, вопрос отбора единиц исследования касался лишь выбора объекта/места наблюдения. Как уже было сказано, таким местом стало одно из отделений московской сети стоматологических клиник, где автор работы имел административно допустимую возможность проводить социологическое исследование. Обследованная клиника представляет собой типичное отделение данной сети. Хотя мы и не претендуем на репрезентативные и внешне валидные результаты, учитывая значимость данной сети как участника московского стоматологического рынка, можно рассчитывать на то, что выбранный объект наблюдения вполне репрезентирует фон функционирования рыночного сегмента, к которому он принадлежит.

На вторичном этапе наблюдения, направленном на формирование массива данных, пригодного для статистического исследования «медицинской карьеры» «особых» пациентов, вопрос об отборе единиц исследования оказался более актуальным. Этнографический характер проводимого исследования, скорректированный на временные

⁵⁴ Девятко И.Ф. Методы социологического исследования.-3-е изд.-М.: КДУ, 2003. стр. 41.

границы, отведенные непосредственно на наблюдения, не позволили бы собрать информацию о совокупности медицинских взаимодействий в объеме, на основании которого можно было бы сформировать вероятностную подвыборку. Более того, необходимо было помнить о том, что изучаемые пациенты и, сопряженные с ними медицинские коммуникации, по своей сути нетипичны, а значит, частота их встречаемости в повседневности стоматологической клиники не столь велика. Таким образом, с ориентацией на получение максимально возможного за отведенный временной период количества информации об «особых» пациентах было решено остановиться на сплошном обследовании пациентов, проходящих в клинику и попадающих на прием к стоматологу-терапевту. В результате, исследуемая совокупность пациентов, по которым фиксировались репрезентирующие принадлежность/непринадлежность к «особому» типу и параметры коммуникативной стратегии врача и его эмоциональных усилий, составила 212 человек.

Методы статистического анализа данных, полученных в процессе наблюдения.

Статистический анализ полученного массива данных о пациентах и медицинских взаимодействиях врачей с ними был направлен на изучение вариаций коммуникативных стратегий и эмоциональных усилий стоматологов в зависимости от значения характеристик пациента, отражающих его принадлежность/непринадлежность к определенному типу «особых». Перед нами стояла задача исследования переменных на предмет наличия и характера связи между ними. Учитывая невероятностный способ формирования изучаемой совокупности данных в условиях, когда большинство переменных измерено на дихотомическом или порядковом уровне, крайне сложно говорить о форме распределения значений интересующих нас переменных. Исходя из этого, для статистического исследования различий между «особыми» и «обычными» пациентами, было решено использовать непараметрические статистические критерии (критерий Манна-Уитни для связки «дихотомическая-порядковая» переменные, критерий Краскала –Уолисса для пар «порядковая –интервальная» переменные). Известно, что применение непараметрических статистических тестов имеет в своей основе менее жесткие ограничения. Будучи менее чувствительными к форме распределения признака, они позволяют минимизировать ошибки, связанные с ней. Одновременно с этим непараметрические тесты дают возможность проверить гипотезу о статистической случайности (неслучайности) различий распределения признака в интересующих нас группах объектов. Такая возможность отвечает нашей потребности исследовать вариации клинического поведения врача в зависимости от значения характеристик пациента.

Для оценки силы и направления статистической связи между переменными, в случае обнаружения значимых различий, был использован ранговый коэффициент Кендалла.

4.1. Первый этап наблюдения: уточнение таксономии «особых» стоматологических пациентов.

На первом этапе изучения поля включенное наблюдение производилось скрыто и неформализовано. Необходимо было выяснить, какие характеристики стоматологических пациентов могут вести к категоризации их как «особых», какие типы «особых» пациентов можно обнаружить в стоматологической практике.

Прежде всего, дадим определение «особого» пациента. Нужно сказать, что, проанализировав множество статей по социологии медицины, в том числе описывающих исследования по проблеме «особого» пациента, мы не встретили окончательного определения этого клинического феномена. В большинстве случаев дискуссия об «особом» пациенте выстраивается таким образом, что операционализация «особости» пациента замалчивается, а понимание этого параметра отдается на откуп обывательским интерпретациям и субъективности. Столкнувшись с необходимостью отслеживания «особых» пациентов в процессе этнографического наблюдения, мы вынуждены сформулировать хотя бы схематичный индикатор, который позволил нам отличать «особых» стоматологических пациентов от «обычных». Учитывая многообразие характеристик, преломление которых в медицинском контексте может привести к категоризации пациента как «особого», для конструирования определения для полевой работы обратимся к семантическому значению эпитета «особый».

В Толково-словообразовательном словаре русского языка прилагательные «особый», «особенный» раскрываются через понятия необычности, исключительности, своеобразности, отдельности, непохожести. «Особый» отличен от других по степени проявления, заметен, значителен⁵⁵. Наиболее яркими, на наш взгляд, могут оказаться параметры заметности «особого» пациента на фоне общего фона функционирования стоматологической клиники, выделение его врачом и фиксируемая наблюдением необычность.

Хотелось бы обратить внимание на то, что наряду с неопределенным понятием «особого» пациента в социологии медицины «живет» понятие пациента «проблемного». Х. Фабрега, Р. Мур и Дж. Строун предлагают определение «проблемного пациента», указывая на то, что таковым является пациент «предъявляющий интенсивные и

⁵⁵ Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Рус. Яз., 2000, стр. 1152.

экстенсивные требования относительно роли и времени врача, доставляющий административные и управленческие трудности медикам и часто фрустрирующий врачей, которые пытаются ему помочь»⁵⁶. Важно понимать, что данные определения несинонимичны, и «особый» пациент, как мы увидим позже, не всегда является «проблемным». Вместе с тем, «проблемность» пациента, на наш взгляд, чаще всего является индикатором его «особого» клинического статуса.

На первичном этапе мы отталкивались от типологии «особых» пациентов, предложенной Дж. Ричманом и Дж. Голдторпом в результате предпринятого ими обследования гинекологической практики. Классификация Ричмана и Голдторпа включает следующие типы «особых» пациентов⁵⁷:

- **«пациенты не по адресу»**, пришедшие \ направленные к данному врачу, но имеющие симптомы вне его квалификации;
- **«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 профессионализм и т.д.;
- **«непослушные пациенты»**, не соглашающиеся с планом лечения, предложенным врачом, и нуждающиеся в дополнительном разъяснении со стороны врача;
- **«профессиональные пациенты»**, уже посетившие множество врачей, владеющие медицинской лексикой. Ричман выделяет два типа таких пациентов. Первый тип относится к пациентам, посещавшим врачей различных специальностей. Второй- к тем, кто имел долгий опыт лечения в области, не имеющей отношения к данной. По мнению автора, второй тип пациентов склонен стремиться к тому, чтобы его идентифицировали со специалистом;
- **«повторные пациенты»**, регулярно посещающие врача и благодаря длительности взаимоотношений с врачом приобретающие статус «квази-друзей»;
- **«пациенты с определенным персональным статусом»**, имеющие отношение к врачу за пределами медицинского интервью, в других сферах его жизни.

Также мы использовали классификацию «особых» пациентов, сконструированную Карлтоном Хорнунгом и Майклом Массagli⁵⁸.

⁵⁶ Fabrega H., Moore R., Strawn J. Low income medical problem patients: some medical and behavioral features. // Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.4. P. 334.

⁵⁷ Richman J. Goldthorp W. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure. // Social Science and Medicine. 1977. Vol.11. P. 268-272.

⁵⁸ Hornung C., Massgli M. Primary-care physicians' affective orientation toward their patients. // Journal of Health and Social Behavior. 1979. Vol.20. P. 61-76.

В отличие от Ричмана и Голдорпа Карлтон Хорнунг и Майкл Массagli выделяют типы пациентов, ориентируясь прежде всего на два параметра: степень ипохондрии пациента, по мнению врача и степень, в которой поведение пациента может быть расценено врачом в качестве вызова его профессиональной компетенции и клинической интеграции⁵⁹. Хотя Хорнунг и Массagli не акцентируют внимания на проблеме «особости» пациента, выделенные ими типы вполне дополнили сформулированную Ричманом и Голдорпом таксономию. Заметим, что Карлтон Хорнунг и Майкл Массagli не присваивали выделенным им типам пациентов какие-либо наименования, поэтому мы позволили себе проделать это самостоятельно. Так, по мнению Хорнунга и Массagli, в медицинской практике встречаются:

- **«слишком активные пациенты»**, которые настаивают на проведении медицинских манипуляций, оцениваемых врачом как неадекватные;
- **«мнимые пациенты»**, которые обращаются со слишком тривиальными или вообще неадекватными жалобами;
- **«мнительные пациенты»**, которые заявляют, что страдают от заболеваний, о которых они узнали по телевидению или из журналов;
- **«коммуникативно голодные пациенты»**, которые не имеют физиологических проблем, но приходят к врачу, чтобы просто поговорить с кем-то;
- **«пациенты-маркетологи»**, которые обходят специалистов в поисках врача, готового говорить им то, что они хотят услышать;
- **«пациенты-мошенники»**, которые просят врача о фальсификации медицинского заключения;
- **«пациенты с претензиями»**, настаивающие на направлении их к другому специалисту, указывающих на то, что только другой специалист может поставить корректный диагноз, назначить правильное лечение и т.д.

Карлтон Хорнунг и Майкл Массagli говорят также о пациентах, которые считают, что они лучше знают, какое именно лечение им лучше подходит. На наш взгляд, данное ролевое содержание вполне отвечает определению «профессионального» пациента по Ричману и Голдорпу, что позволяет лишь уточнить содержание данной роли и определить **профессионального** пациента как уже посетившего множество врачей, владеющего медицинской лексикой, претендующего на равные в смысле медицинской компетентности взаимоотношения с врачом, считающего, что он лучше знает, какое

⁵⁹ Hornung C., Massgli M. Primary-care physicians' affective orientation toward their patients. // Journal of Health and Social Behavior. 1979. Vol.20. P.63.

именно лечение ему лучше подходит и имеет право контролировать проводимое врачом лечение.

Обобщая обе таксономии, на первом этапе исследования в нашем распоряжении находилась следующая классификация «особых» пациентов:

- **«Пациенты не по адресу».**
- **«Пациенты-носители экстра информации».**
- **«Непослушные пациенты».**
- **«Профессиональные пациенты».**
- **«Повторные пациенты».**
- **«Пациенты с определенным персональным статусом».**
- **«Слишком активные пациенты».**
- **«Мнимые пациенты».**
- **«Мнительные пациенты»**
- **«Коммуникативно-голодные пациенты».**
- **«Пациенты-маркетологи».**
- **«Пациенты-мошенники».**
- **«Пациенты с претензиями».**

Нужно сказать, что по окончании первого этапа наблюдения в условиях стоматологической практики данная классификация была преобразована. Рассмотрим эти преобразования применительно к каждому из первоначально намеченных типов «особых» пациентов.

«Пациенты не по адресу»

По результатам наблюдения можно сказать, что такой тип «особых» пациентов как «пациенты не по адресу» в условиях стоматологической практики меняют свое содержание. В первую очередь, это связано с тем, что вероятность ошибки в контексте определения заболевания как дентального невелика. Таким образом, приходящие на прием пациенты в любом случае имеют проблемы, связанные с состоянием их зубов. Если эти проблемы находятся за пределами квалификации терапевта, пациент сразу же перенаправляется к другому специалисту (ортопеду, ортодонту, хирургу, имплантологу, парадонтологу). Такие ситуации настолько типичны для стоматологии, что чаще всего не отмечаются врачом особо. Именно поэтому в своем первоначальном определении «пациенты не по адресу», вряд ли, могут быть встречены в стоматологии.

«Пациенты-носители экстр информации»

Исходя из определения «пациентов-носителей экстр информации» для врача как пациентов, способных предоставить сведения о работе других врачей, оценить уровень их профессионализма, можно сказать, что такие пациенты встречаются в стоматологической практике в ситуациях, когда к данному врачу приходит пациент, ранее лечившийся у другого врача этой же специализации и по организационным причинам теперь проходящий лечение здесь (прежний врач уволился, неудобно его расписание, и т. д., исключая ситуации, когда взаимодействие с предыдущим врачом оказалось конфликтным). Более того, гипотетически, они могут быть причислены к разряду «особых», так как поведение данного врача может меняться в зависимости от относительных оценок собственного профессионализма в сравнении с оценками предыдущего врача.

«Непослушные пациенты»

Данный тип «особого» пациента, вряд ли может быть обнаружен в пределах стоматологической практики, учитывая тот факт, что параметр «следование рекомендациям врача» в терапевтической стоматологии актуализируется крайне редко и носит характер доброжелательных советов (не пить кофе после постановки светоотверждаемой пломбы, которая из-за этого может изменить цвет), а не назиданий. Судя по результатам наблюдения, дальнейшее рассмотрение медицинской карьеры непослушного пациента в стоматологии нецелесообразно.

«Профессиональные пациенты»

Такой тип «особых» пациентов наблюдается в пределах стоматологической практики и требует дальнейшего исследования. Обратим внимание, что на уровне первичного наблюдения проявляется неоднозначность реакции врача на пациентов такого типа. С одной стороны, они могут мешать врачу своими расспросами и советами, отнимая ограниченное для данного приема время, что вызывает негативный ответ со стороны врача. С другой, по словам некоторых врачей, профессионализация пациентов является одной из медицинских задач, так как только хорошо представляющий себе ситуацию лечения индивид способен вести себя адекватно в процессе лечения.

«Повторные пациенты»

Специфика стоматологического лечения заставляет обратить особое внимание на такую характеристику пациента как «номер визита». Ранее мы говорили о том, что стоматологическое лечение чаще всего осуществляется в несколько приемов. Более того, нередко стоматолог выбирается пациентом на длительное время и в таком контексте посещается по мере необходимости или возникновения вопросов в долгосрочном периоде.

Взаимоотношения терапевта-стоматолога с пациентом чаще всего оказываются длительными. Как следствие, мы вряд ли можем говорить о том, что «повторный пациент» является «особым» в пределах стоматологической практики. Однако, по нашему мнению, не стоит пренебрегать данной характеристикой пациента, хотя бы потому, что наряду с «повторным» в стоматологической практике существует пациент «первичный». И хотя окончательная категоризация его как «особого», скорее всего, происходит не во время первого визита, исследование вариативности коммуникативных стратегий врача по данному признаку может оказаться крайне информативным.

«Пациенты с определенным персональным статусом»

Пациенты типа, безусловно, встречаются в стоматологической практике. Родственники, друзья врачей, коллеги, лечащиеся у врача на особых условиях и т.д. составляют отдельный тип «особых» пациентов. В повседневной «стоматологической» жизни такие пациенты получают наименование «своих».

«Слишком активные пациенты»

Пациентов, требующих проведения неадекватных, по мнению врача, процедур в процессе наблюдения замечено не было.

«Мнимые пациенты»

Случаи несимптоматических визитов к стоматологу столь редки (реже, чем требуют того рекомендации врачей стоматологов в контексте регулярных профилактических проверок), что говорить о мнимых пациентах в пределах стоматологической практики, по-видимому, не приходится.

«Мнительные пациенты»

Ситуация с «мнительными пациентами» похожа на то, что происходит с пациентами «мнимыми». Вероятно, «непривлекательность» стоматологического лечения уменьшает вероятность ее «добровольного» переживания. Отголоском мнительности в стоматологической практике могут считаться профилактические осмотры, которые, хотя и отмечаются врачами, не ведут к выделению пациента как «особого».

«Коммуникативно-голодные пациенты»

Факторами, способными объяснить **отсутствие** «коммуникативно-голодных пациентов» в очереди на прием к стоматологу-терапевту, могут являться ограниченность коммуникативных возможностей пациента в процессе стоматологического лечения, временная лимитированность приема, коммерческий характер обследуемой организации.

«Пациенты-маркетологи»

Пациенты такого типа наблюдаются в стоматологической практике в рядах первичных пациентов. Судя по наблюдениям, в процессе первичной консультации врач пытается

выстроить оценку вероятности повторного визита данного пациента, независимо от того, осмотр или лечение во время первого приема. С учетом такого наблюдения, можно говорить о том, что «не намеренные по оценкам врача вернуться» «пациенты-маркетологи» являются «особыми».

«Пациенты-мошенники»

Пациенты такого типа встречаются в стоматологической практике, однако, в отличие от других сфер, здесь они носят вполне безобидный характер. Чаще всего за фиктивными справками о стоматологической санации обращаются беременные женщины, которые с одной стороны, отказываются проходить лечение, с другой - нуждаются в получении документа. Учитывая платный характер такой услуги (проводится как консультация), о ситуации выписывания справок можно говорить как о разновидности предоставляемых врачом стоматологических услуг. Скорее всего, выделения в качестве «особого» типа применительно к таким пациентам не происходит. Иных форм мошенничества со стороны пациентов в процессе наблюдения замечено не было.

«Пациенты с претензиями»

Такой тип пациентов наблюдается в стоматологической практике, и, судя по наблюдениям, может быть выделен в качестве особого. Претензии пациентов чаще всего касаются качества оказанного лечения (например, недовольство результатами отбеливания), гарантийных аспектов стоматологической работы, а также организационных вопросов (реакция на стоимость лечения, реакция на время ожидания визита, реакция на невозможность записи в удобное время ит.д.).

Итак, по окончании первичного этапа наблюдения в качестве значимых типов «особых» пациентов в стоматологической практике из ранее намеченной вслед за Ричманом, Голдорпом, Хонунгом и Массagli классификации были выделены:

- **«Пациенты-носители экстринформации».**
- **«Профессиональные пациенты».**
- **«Повторные пациенты».**
- **«Пациенты с претензиями».**
- **«Пациенты-маркетологи».**
- **«Пациенты с определенным персональным статусом», («свои»)**

Одновременно с этим в результате наблюдения классификация «особых» пациентов в условиях стоматологической практики была дополнена.

Как уже было сказано, наряду с достаточно типичным «повторным пациентом» был введен тип **«первичного пациента».**

Более того, в процессе наблюдения был замечен такой тип пациента, который может быть назван **VIP-пациентом**. Не отмеченный в социологической литературе как «особый», данный тип пациента, несомненно, существует в коммерческой стоматологической практике. На уровне поверхностного наблюдения складывается впечатление, что данный тип пациента «требует» особого внимания со стороны врача, и с этой точки зрения вполне может считаться «особым». На наш взгляд, среди VIP-пациентов частной стоматологической практики целесообразно выделить два подтипа. Первый из них описывает содержание роли (и реакции на нее) пациента, направленного к данному врачу администрацией клиники. Назовем данный подтип **«VIP-пациентом от начальства»**. Попадая к данному врачу по «просьбе» начальства, такой пациент чаще всего имеет определенный персональный статус во взаимоотношениях с этим начальством. Учитывая, что в пределах коммерческой стоматологической клиники любой врач является сотрудником «по найму», можно предположить, что социальная связь такого пациента с управленческим составом клиники может влиять на поведение врача. Отрицательные отзывы такого пациента о работе врача могут стоить последнему места работы. Как следствие, **«VIP-пациент от начальства»** может считаться «особым». Наряду с **«VIP-пациентом от начальства»**, в стоматологии наблюдается категория пациентов, которая может быть названа **«состоятельными VIP-пациентами»**. К данной категории могут быть отнесены люди с высоким социальным статусом, соответствующим ему материальным положением, а также члены их семей. В условиях частной стоматологической практики, где профессиональные интересы врача тесно пересекаются с его личными экономическими интересами, на наш взгляд, целесообразно обратить внимание на такой потенциальный источник дифференциации отношения врача к пациенту, как социальный статус пациента. Учитывая тот факт, что предлагающий различные по стоимости варианты лечения врач уже на начальном этапе взаимодействия с пациентом имеет возможность оценить его материальное положение, до которого в данном контексте и стоит редуцировать понятие социального статуса, можно ожидать, что линия поведения врача может различаться в зависимости от результатов такого оценивания. Еще с 60 годов 20 века американские социологи заговорили о том, что медицинский персонал в большей степени предпочитает лечить представителей среднего и высшего классов⁶⁰, нежели пациентов, принадлежащих к низшим социальным слоям. Традиционно выдвигается две объяснительные версии на этот счет.

⁶⁰ Учитывая тот факт, что в данной работе мы не намерены обращаться к методологической дискуссии, касающейся социологического понятия «социальный класс», отметим, что здесь оно используется условно, в качестве синонима понятия социальный слой.

Первая из них апеллирует к предположению о том, что симпатия врачей к пациентам из средних и высших слоев является следствием принадлежности врачей к данным социальным классам, а значит, общностью идентификации и ценностей.

Вторая выстраивается на базе гипотезы о том, что центральным здесь является материальный вопрос, в пределах которого более состоятельные пациенты имеют большую готовность платить за лечение. В своей работе «Кто получает оптимальную медицинскую помощь?»⁶¹ Майкл Миллер ставит вопрос о том, что в реальности предпочтения врачей относительно более состоятельных пациентов отрицательно сказывается на медицинской карьере последних. Дело в том, что, независимо от мотивов, излишняя заинтересованность врача в случае с «пациентом особой важности», стремление удержать такого пациента, нередко приводят к такому феномену как перелечивание. Выбрав в качестве индикатора качества лечения период времени, в течение которого пациент в случае необходимости перенаправляется врачом к специалисту другого профиля, Майкл Миллер в результате эмпирического исследования приходит к выводу о том, что пациенты с более высоким статусом дольше удерживаются врачом, стремящимся реализовать больший объем лечения собственноручно. Хотя низкостатусные пациенты и получают менее персонализированное лечение, перенаправление их к каждому следующему специалисту в случае необходимости предпринимается быстрее. Принимая во внимание сказанное, можно говорить о **«состоятельных VIP-пациентах»** как об «особых».

Как показывает наблюдение, еще один тип «особых» пациентов, обнаруживаемый в стоматологической практике, может быть выделен по такому параметру как «неконтролируемый страх перед болью». Ранее мы уже говорили о «болевом» имидже стоматологии. На уровне конкретного медицинского взаимодействия неспособность или нежелание пациента контролировать свое восприятие боли может оказаться фактором, серьезно затрудняющим работу врача. Как следствие, такие ситуации могут требовать от врача использования особых коммуникативных средств и применения дополнительных эмоциональных усилий. В таком контексте, **«пациент, который слишком боится боли»** может быть категорирован врачом как «особый».

По результатам наблюдения, целесообразно выделить еще один тип «особого» стоматологического пациента, который может быть назван **«недисциплинированным»**. Содержание роли такого пациента вполне отвечает его наименованию, и предполагает, что такой пациент регулярно опаздывает на прием или же пропускает приемы врача, не предупреждая его. Несмотря на то, что на первый взгляд данный признак не кажется

⁶¹ Miller M. Who receives optimal medical care? //Journal of Health and Social Behavior. 1973. Vol.14. P. 176-182.

важным, в условиях ограниченного времени приема опоздания пациента могут не только мешать реализации его лечения, но и ухудшать положение врача относительно пациентов, следующих за «недисциплинированным». Что касается пропусков приема, то такое поведение, судя по наблюдениям, вызывает отрицательную реакцию со стороны врача, который мог бы принять другого пациента (от оплаты лечения которым, заметим, зависит его заработанная плата), тогда как нужное время оказалось напрасно занятым.

Более того, по результатам наблюдения, значимой характеристикой пациента частной стоматологической клиники, первичного или повторного, представляется способ его попадания к врачу. Учитывая, что во многом пациенты, попавшие в клинику различными способами, проходят лечение на особых условиях (например, «страховые» пациенты-по особому, заниженному прејскуранту), можно предположить, что эта характеристика может быть причиной отнесения стоматологического пациента к определенному типу. Поэтому, наряду с указанными типами пациента, мы будем учитывать, пришел ли он в данную клинику «по рекламе в СМИ (в журналах)», «по рекомендации в данную клинику», «по рекомендации к данному врачу», лечится ли он «по страховой программе», ходит ли он из клиники в клинику «вслед за определенным врачом» или просто шел мимо и зашел «по внешней рекламе».

Таким образом, в результате реализации первого этапа наблюдения, можно выделить следующие типы «особых» стоматологических пациентов.

- **«Пациенты-носители экстра-информации»,**
- **«Профессиональные пациенты»,**
- **«Пациенты с претензиями»,**
- **«Пациенты-маркетологи»,**
- **«Свои пациенты»,**
- **«Первичные пациенты»,**
- **«Повторные пациенты»,**
- **«VIP-пациенты от начальства»,**
- **«Состоятельные VIP-пациенты»,**
- **«Пациенты, которые слишком боятся боли»,**
- **«Недисциплинированные пациенты».**

Также в качестве основания для классификации пациентов было решено взять «способ их попадания в клинику» как:

- **«Пациентов «по рекламе»»,**
- **«Пациентов, лечущихся по страховой программе»,**

- «Пациентов по рекомендации в клинику»,
- «Пациентов по рекомендации к врачу»,
- «Пациентов, переходящих из клиники в клинику вслед за определенным врачом»,
- «Пациентов с улицы».

4.2. Второй этап наблюдения: изучение «медицинской карьеры» «особого» стоматологического пациента.

На втором этапе наблюдения нам предстояло выяснить, является ли принадлежность пациента к определенному «особому» типу источником вариации коммуникативных стратегий врача и его эмоциональных усилий. Формат предпринимаемого на данном этапе наблюдения был формализованным. Был разработан бланк наблюдения, предназначенный для фиксации значений выделенных переменных, репрезентирующих содержание отдельных типов особых пациентов, для каждого проходящего больного. Наблюдение осуществлялось в течение полутора месяцев. Часть переменных фиксировалась за счет включенного наблюдения, часть - со ссылкой на текущую информационную базу клиники, часть - в результате анализа полученных аудиозаписей сеансов лечения.

Типы «особых» стоматологических пациентов были операционализированы и измерены следующим образом:

4.2.1. Операционализация типов «особых» пациентов. «Первичные пациенты» и «Повторные пациенты»

Переменная «Номер посещения» описывала клинический статус пациента как «первичного» или «повторного». Учитывая, что в данной работе мы не ставили целью детальное изучение динамики взаимоотношений врача и пациента, переменная «номер посещения» была измерена как дихотомическая («0»-первичный, «1»-повторный). С целью упрощения процедуры измерения, мы пренебрегли возможными вариациями в рамках данной переменной. Единственное исключение касалось первичных пациентов, впоследствии попавших в массив как повторные. Ситуации их лечения уже как повторных пациентов фиксировались нами не во время второго, а во время третьего посещения, исходя из предположения, что именно к этому времени тип пациента определяется врачом окончательно, и реализуемая коммуникативная стратегия выстраивается как реакция на него.

Пациенты-носители экстра информации фиксировались в соответствии со значением дихотомической переменной «посещал ли другого терапевта в этой клинике», где

«1»- посещение другого врача имело место,

«0»- пациент никогда не посещал других терапевтов в этой клинике.

Обратим внимание на то, что измерение данного типа актуально только среди повторных пациентов данной клиники.

Профессиональные пациенты операционализировались в соответствии с показателем по переменной «пациент требует дополнительных разъяснений по поводу происходящего лечения, задает вопросы по поводу этого лечения, дает советы». Данная переменная была измерена на порядковом уровне, по трехбалльной шкале, где:

«1»-пациент не требует разъяснений, не задает вопросов, не дает советов.

«2»-пациент, задает вопросы, но не требует разъяснений, не дает советы. Вопросы не мешают работе.

«3»-пациент требует разъяснений, задает вопросы, дает советы, и все это мешает работе врача.

Принадлежность пациента к типу **«пациенты с претензиями»** отмечалась в процессе наблюдения за взаимодействием врача и пациента, а также общих отношений этого пациента со стоматологической клиникой. В случае, если пациент предъявлял какие-либо претензии (чаще всего такие вопросы решаются с менеджером клиники, в роли которого и выступала автор данной работы), значение переменной «с претензиями» фиксировалось как «1». Отсутствие претензий маркировалось «0». Данная переменная фиксировалась только для повторных пациентов.

Индикатором **«пациентов-маркетологов»** являлась дихотомическая переменная «ясно, что данный пациент не останется лечиться в клинике». Значение этой переменной фиксировалось со слов врача, так как для изучения восприятия нам требовалась именно его оценка. Положительному ответу на данный вопрос соответствовала «1» (не останется), отрицательному-«0». Автору не стоило труда получение оценки врача по данному вопросу, при условии его роли в обследуемой стоматологической организации.

Возможность фиксации **«своих пациентов»** также является результатом роли автора как сотрудника (участника) изучаемой стоматологической клиники. Переменная «свои» была измерена на дихотомическом уровне, где «1» отвечала положительному значению, а «0»- отрицательному. Похожим образом и в аналогичном формате была получена информация по переменной **«VIP-пациенты от начальства»**.

Для изучения медицинской карьеры **«Состоятельных VIP-пациентов»** была введена переменная *«Материальное положение пациента»*, измеренная по показателю

«стоимости полученного лечения». Значение переменной фиксировалось для каждого из обследуемых пациентов. Данная переменная – интервальная. Вариации ее значений заложены в структуре оказываемых в обследуемой клинике услуг и соответствующем им преискуранте. «Состоятельными VIP-пациентами» было решено считать пациентов, стоимость лечения которых за один прием составила более 7000 рублей.

«Пациенты, которые слишком боятся боли» отслеживались по параметру «*насколько сильно пациент боится боли*» бланк наблюдения заполнялся со слов врачей, опрашиваемых по окончании сеанса лечения с данным пациентом. Данная переменная была измерена на порядковом уровне по трехбалльной шкале, где:

«1»-пациент не боится боли или относится к ней «философски»

«2»-пациент боится боли, но это не мешает работать

«3»-пациент боится боли, что серьезно затрудняет проведение лечения.

«Недисциплинированные пациенты» маркировались положительно («1») в случае, если на основании карты его посещений можно было зафиксировать регулярные опоздания или пропуски приемов лечения без предупреждения. В остальных случаях значению принадлежности пациента к этому типу соответствовал «0».

Переменная «Способ попадания в клинику» была организована как номинальная переменная, где

«1»-По рекламе в СМИ (в журналах)

«2»-По рекомендации в данную клинику.

«3»-По рекомендации к данному врачу.

«4»-Вслед за врачом

«5»-По внешней рекламе (Просто, потому что шел мимо).

«6»-По страховой программе.

Впоследствии полученные значения переменных были подвергнуты статистическому анализу.

4.2.2. Коммуникативная стратегия и эмоциональные усилия врача: операционализация понятий.

Измерение переменных, призванных отразить последствия категоризации пациентов в виде вариаций поведения врача, вызвало определенные проблемы. Нужно сказать, что в медицинской социологии вопрос измерения того, что называется «качество оказанного лечения» в более широком, чем технический, смысле этого понятия, является крайне неоднозначным. Вопрос качества оказанного лечения тесно связан с успешностью самопредставления врача, его стратегией и стилем поведения. Со ссылкой на доклад Э. Шермана, Майкл Миллер говорит о том, что наиболее значимыми коррелятами качества

лечения являются пригодность (наличие, ассортимент), доступность, компетентность работников, продолжительность, чувствительность обслуживания изменениям среды, готовность к модификации, индивидуализация, всесторонность⁶². Сам же автор для проведения эмпирического исследования избирает такой показатель как скорость перенаправления к следующему специалисту.

Ранее мы говорили о различных форматах взаимоотношений между врачом и пациентом. Мы упоминали патерналистскую, обоюдную и консьюмеристскую модель. В зависимости от того, какая именно модель реализуется в данном конкретном случае, можно выделить различные стили осуществления медицинского взаимодействия. В данной работе мы воспользуемся наработками М. и Д. Баллеров, указывающих на то, что в самом общем виде выделяют два основных стиля коммуникации между врачом и пациентом: «контролирующий» и «усыновляющий»⁶³. «Контролирующий» стиль коммуникации направлен на закрепление авторитета доктора. Для него характерны акцент на экспертной позиции врача, отношение к пациенту, в первую очередь, как к медицинскому случаю, а не как к личности, подчеркивание дистанции между врачом и пациентом, например, при помощи широкого использования первым непонятной пациенту медицинской лексики. В отличие от «контролирующего», «усыновляющий» стиль поведения врача ориентирован на поддержание позитивных отношений между врачом и пациентом. Он характеризуется высокой степенью эмоциональной включенности врача и пациента во взаимодействие. Важным компонентом здесь оказываются межличностные отношения. Дружелюбие, искренность, теплота и эмпатия - центральные характеристики такого стиля коммуникации.

Важно отметить, что стиль медицинского взаимодействия инициируется врачом, навязывается пациенту, а, значит, может быть использован в качестве синонима понятия «коммуникативной стратегии» врача.

Мы будем говорить о «контролирующем» и «усыновляющем» стилях коммуникации как о полюсах континуума, в пределах которого, как нам кажется, могут варьироваться коммуникативные стратегии врача в зависимости от того, каким образом был категоризирован данный пациент.

Переменная «Коммуникативная стратегия врача» была организована по типу шкалограммы Гутмана с пятью градациями. В качестве монотонно возрастающего по шкале латентного признака, вариации которого репрезентируют переход от «контролирующего» до «усыновляющего» стиля врача, был выбран «уровень

⁶² Miller M. Who receives optimal medical care? //Journal of Health and Social Behavior. 1973. Vol.14. P. 177.

⁶³ Buller M., Buller D. Physician's communication style and patient satisfaction. // Journal of Health and Social Behavior. 1987, Vol. 28. No. 4. P.376.

персонификации взаимоотношений врача и пациента». Хотелось бы оговориться, что мы не считаем, что «уровень персонификации взаимоотношений врача и пациента» является исчерпывающим индикатором медицинской карьеры пациента. Безусловно, данный параметр является лишь одним из аспектов, клинические последствия вариации которого требуют отдельного рассмотрения. Однако в пределах данной, напомним, разведывательной работы, мы не имеем возможности изучить проблему влияния различных характеристик пациента на качество и результативность полученного им лечения, а также процесс принятия клинических решений. Выходом для нас является выдвижение гипотезы о том, что персонификация взаимоотношений пациента с врачом усиливает профессиональную добросовестность последнего и положительно сказывается на клинической картине состояния его здоровья, и следование данной гипотезе в дальнейшей работе. Скажем еще раз, что верификация этой гипотезы является отдельной исследовательской проблемой, решение которой мы запланируем для последующих работ. А пока же используем переменную «коммуникативная стратегия врача», указывающую на степень персонификации взаимоотношений врача и пациента, предположительно варьируемую врачом в зависимости от того, к какому типу принадлежит данный пациент.

Содержательно, градации данной шкальной переменной были операционализированы на основании пробных аудиозаписей медицинского взаимодействия. Их распределение таково:

«1»- отношение врача к пациенту формально. Врач редко задает вопросы, предпочитая ориентироваться на профессиональные и медицинские способы диагностики и лечения. В ответ на вопросы пациента врачом предоставляется сухая медицинская информация.

«2»- отношение врача к пациенту вежливо и доброжелательно, однако коммуникация с ним минимальна, касается лишь «технических» вопросов.

«3»- отношение врача к пациенту доброжелательное; пациента встречают как «знакомого», врач интересуется состоянием пациента, выслушивает его с заметной внимательностью, демонстрирует готовность ответить на вопросы пациента и дать подробные разъяснения, апеллируя не только к формальному медицинскому знанию, но и к своему практическому опыту. Однако в фокусе взаимодействия врача и пациента находятся лишь медицинские вопросы.

«4»- врач встречает пациента как «старого знакомого», в процессе лечения осуществляется коммуникация, направленная на пациента, во время технических пауз в процессе лечения появляются разговоры на немедицинские темы.

«5»- врач встречает пациента как «старого друга», взаимодействие осуществляется в неформальном виде (не «здравствуйте», а «привет»), врач инициирует смягчение взаимоотношений, их уравнивание, появляются «маленькие» просьбы с его стороны («подождешь немножко, я сейчас пообедаю быстренько»-хотя время приема уже идет), широко обсуждаются вопросы личного характера (про детей, про семью, про отдых и т.д.).

Как известно, формирование переменной по подобию шкалограммы Гутмана в идеале требует от нас оценки «качества» сформированной шкалы. Например, расчета коэффициента ее воспроизводимости. Однако в данном случае, мы, нарушая методические правила, откажемся от такой оценки, мотивируя такой грубый поступок тем, что сопоставление сконструированной автором данной работы шкалы с результатами шкалирования по наблюдению, предпринятого опять же автором работы, представляется нам столь же бессмысленным как перемножение субъективности на субъективность и попытки рассуждения об объективности на основании полученного произведения. Именно поэтому, признавая тот факт, что использованная нами шкала измерения вариаций коммуникативной стратегии врача является чрезвычайно грубым инструментом, мы позволим себе оставить задачу анализа ее методического аспекта для последующей работы. Тем более, как уже было сказано, проблема измерения клинического ответа врача на приход пациента крайне актуальна в социологии медицины.

В результате проведенного количественного контент-анализа полученных аудиозаписей сеансов лечения была сформирована переменная «эмоциональные усилия врача». Были выделены лингвистические единицы, направленные на проявление поддержки врачом пациента, указывающие на внимательность врача к ощущениям пациента. Такими единицами оказались:

- Вопросы врача относительно состояния пациента (больно ли?, терпимо ли?, может быть доколем анестезию).
- Слова – предупреждения со стороны врача (потерпите чуть-чуть, будет чуть больно, но недолго).
- Ласковые слова, сказанные врачом в процессе лечения.
- Доброжелательные рекомендации по окончанию лечения.

Итоговая переменная «*Эмоциональные усилия врача*» формировалась как сумма замеченных лингвистических единиц поддержки. Ее значения для обследуемого массива врачей и пациентов варьируются от 3 до 15 (раз) за один прием. Заметим, что при подсчете учитывались смысловые единицы («потерпи, пожалуйста, уж очень трудный зуб»), а не «физическое» количество слов.

В данном исследовании у нас не было возможности детально изучить параметры деятельности стоматолога-терапевта, модулирующие восприятие ими пациентов. Исходя из предположения о том, что такие профессиональные параметры как коммуникативная стратегия и эмоциональные усилия врача не носят предзаданного в процессе профессиональной социализации характера, а вырабатываются по мере приобретения опыта практической работы с пациентами, в качестве значимых для исследования переменных, описывающих характеристики врачей, были выбраны *общий стаж профессиональной деятельности и опыт работы в данной клинике*. Значение этих переменных фиксировались на интервальном уровне со ссылкой на информационную базу клиники.

Глава 5. Принадлежность пациента к «особому» типу как основа дифференциации эмоциональных усилий и коммуникативной стратегии стоматолога. Результаты статистического анализа.

5.1. Частотное распределение «особых» стоматологических пациентов в изучаемой совокупности.

В результате реализации второго, формализованного, этапа этнографического обследования нами был сформирован массив данных, впоследствии подвергнутых статистическому анализу. За семь недель формализованного наблюдения была получена информация о 67-и первичных пациентах, 98-и повторных пациентах, обладавших таким статусом еще в начале наблюдения и 47-и пациентах, за время наблюдения перешедших из разряда «первичных» в категорию «повторных». В совокупности было получено 212 наблюдений.

Среди них:

12% пациентов-маркетологов, по оценкам врачей не намеревающихся продолжить лечение в клинике после первого визита.

5.2% «профессиональных пациентов», настоятельно требующих разъяснений от врача, задающих множество вопросов по поводу проводимого лечения, дающих советы.

6.6.% «своих пациентов», имеющих отношение к врачу за пределами медицинского кабинета или же пришедших на лечение в результате активизации социальных связей врача.

2.8% «пациентов с претензиями».

14.6% пациентов, чей страх перед болью в процессе стоматологического лечения мешает работе врача («пациенты, которые слишком бояться боли»)

11.3% пациентов, ранее проходивших лечение у другого терапевта, но вынужденных перейти к данному врачу по организационным причинам («пациенты-носители экстра информации»)

3.3% «недисциплинированных пациентов», чьи регулярные опоздания или пропуски приема без предупреждения отмечаются врачами.

2.8% «VIP пациентов», попавших на прием к врачу по распоряжению администрации клиники («VIP пациентов от начальства»)

8% пациентов, чья стоимость лечения у терапевта за один прием составила более 7000рублей, и кого можно назвать «состоятельными VIP пациентами».

20.3% пациентов, пришедших в клинику по рекламе в СМИ (в журналах)

9. 9% пациентов, пришедших в клинику по рекомендации в данную клинику.

19.3 % пациентов, пришедших в клинику по рекомендации к данному врачу.

пациентов, пришедших в клинику вслед за врачом

8% пациентов, пришедших в клинику по внешней рекламе (Просто, потому что шел мимо).

13.7% пациентов, пришедших в клинику по страховой программе.

5.2. Результаты статистического анализа и их обсуждение.

Рассмотрим результаты статистического анализа, касающиеся последствий принадлежности пациента к определенному «особому» типу в контексте вариаций коммуникативной стратегии врача как реакции на данный тип «особого» пациента.

Обратимся к вариациям коммуникативной стратегии врача в зависимости от каждой переменной, репрезентирующей типы «особых» пациентов.

Начнем с наиболее общей характеристики стоматологического пациента - номера его визита в клинику. Напомним, что в пределах общей медицинской практики «особыми» пациентами, как показывают социологические исследования, оказываются «повторные» пациенты, приобретающие статус квази-друзей врача за счет многократности посещения, а, значит, длительности общения с медиком⁶⁴. Мы говорили о том, что специфика стоматологического лечения способствует тому, что факт многократности посещений врача пациентов оценивается как типичный. Тем не менее, такая клиническая характеристика как статус посещения представляется интересной в ракурсе дифференциации коммуникативных стратегий врача. В результате применения статистического критерия Манна-Уитни стало ясно, что на пятипроцентном уровне значимости у нас нет оснований принять нулевую гипотезу об одинаковом распределении признака «степень персонификации взаимоотношений с врачом» в группах «первичных» и «повторных» пациентов. Значимые вариации коммуникативной стратегии врача для этих групп действительно существуют. Как показывает коэффициент корреляции Кендалла (0,146) с пятипроцентной вероятностью статистической ошибки характер связи между вариациями статуса посещения и коммуникативной стратегии врача прямой, то есть, переход пациента из разряда «первичных» в категорию «повторных» способствует персонификации его взаимоотношений с врачом и обращению к «усыновляющей», эмпатийной коммуникативной стратегии со стороны последнего. В целом же можно говорить о том, что в пределах стоматологической практики «повторные» пациенты и в самом деле пользуются отличительным статусом, хотя, учитывая «типичность» повторности, о таких пациентах здесь, вряд ли, стоит говорить как об «особом» типе.

⁶⁴ Richman J. Goldthorp W. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure. // Social Science and Medicine. 1977. Vol.11. P. 268-272.

Статистическая значимость различий в коммуникативной стратегии врача была обнаружена и для «своих» пациентов, в первоначальном определении обладающих персонифицированным относительно врача статусом за пределами медицинского взаимодействия, а в случае с обследуемой клиникой - являющихся родственниками, друзьями или друзьями друзей врача (Тест Манна-Уитни значим на пятипроцентном уровне значимости). Также как и в предыдущем случае с «повторными» пациентами «свои» пациенты находятся на «особом» положении: персонифицированные взаимоотношения с врачом вне клиники накладывают позитивный отпечаток и на ситуацию взаимодействия в процессе лечения (коэффициент корреляции Кендалла= 0,129, статистическая ошибка в пяти процентах случаев).

Еще один тип «особого» пациента, проявивший себя как статистически значимый источник вариации коммуникативного поведения врача, это «профессиональный пациент». Парадоксально, но в противовес нашим предположениям о том, что стремление такого пациента контролировать врача, задавать вопросы, давать советы, требовать разъяснений отрицательно скажется на коммуникативной стратегии медика, статистический тест указывает на то, что связь между переменными в данном случае положительна ((коэффициент корреляции Кендалла= 0,141, уровень значимости 0,05). Таким образом, клиническое поведение «профессионального» пациента способствует персонификации его взаимоотношений с врачом. Объяснение такого результата видится нам в том, что специфика стоматологического лечения требует от врача налаживания коммуникативного контакта, являющегося необходимым условием проведения лечения. В таком случае, можно предположить, что «профессионализм» пациента используется врачом в качестве средства установления такого контакта. Более того, логично ожидать, что, если врач сможет эффективно использовать стремление пациента активно участвовать в лечении, он добьется адекватного поведения, являющегося результатом того, что пациент ориентируется в происходящем.

Ситуация, когда пациент ориентируется в происходящем и, хотя и навязчиво, но с вниманием относится к лечению, по-видимому, является более привлекательной для врача, нежели ситуации безответственного клинического поведения пациента. Такой вывод можно сделать, интерпретируя статистически значимую и отрицательную по своему направлению связь между вариациями коммуникативной стратегии врача и параметрами «недисциплинированного» пациента, регулярно опаздывающего и позволяющего себе пропускать назначенный прием без предупреждения. (Критерий Манна-Уитни значим с вероятностью 95%, коэффициент корреляции Кендалла = -0,153, на уровне значимости 0,05). «Особый» пациент такого типа сталкивается с менее

персонифицированным отношением со стороны врача. Однако, на наш взгляд, данный результат не стоит переоценивать. Ведь «недисциплинированный» пациент - это пациент, лечение которого из-за опозданий и пропусков осуществляется в условиях ограниченных временных ресурсов. В таком контексте, низкая степень персонификации взаимоотношений с врачом может являться следствием проблематичности налаживания контакта, когда «буферное» время в процессе лечения, обычно затрачиваемое на коммуникацию, сокращено из-за опоздания. Это, впрочем, не отменяет «особого» отношения врача к такому пациенту. В процессе наблюдения, например, были отмечены случаи, когда пропустившему несколько приемов подряд пациенту по настоянию врача в дальнейшем приеме было отказано. Пациент был вынужден перейти к другому терапевту клиники.

В 95% случаев отрицательные последствия принадлежности к разряду «особых», как показывают значения статистического теста Манна –Уитни и коэффициента корреляции Кендала (-0,231), испытывает пациент, предъявляющий претензии по поводу получаемого лечения или организационных вопросов. Коммуникативная стратегия врача в его случае чаще всего оказывается предельно формальной. По результатам наблюдения необходимо отметить, что в данном случае речь не идет о ситуациях, когда претензии пациента оцениваются врачом как обоснованные.

Статистически значимые оценки вариации коммуникативной стратегии врача были получены по «способу попадания» пациентов в клинику (тест Манна –Уитни значим, уровень значимости 0,05). Представляется, что в большей степени такой результат актуален для пациентов, попадающих в клинику «по рекомендации к данному врачу», а также «переходящих из клиники в клинику вслед за определенным врачом». Можно заметить, что указанные характеристики пациентов содержательно схожи с ролевым контентом «своих» пациентов, о которых мы говорили чуть раньше, и для которых также была обнаружена значимая связь с коммуникативной стратегией врача. Приходящий «по рекомендации к данному врачу» пациент использует ресурс, кроющийся во взаимоотношениях врача с человеком, предоставившим рекомендацию. Что касается пациента «вслед за врачом», то он совмещает в своей роли преимущества «повторного» и «своего» пациента. Заметим, однако, что полученной в процессе этнографического наблюдения и в результате статистического анализа результатов информации представляется недостаточно для того, чтобы говорить о том, что «особость» пациента может возникать в ответ на то, каким способом он попал в данную клинику.

Способ попадания к врачу для VIP- пациента, направленного по распоряжению начальства определенно не несет статистически актуального значения. Особенных изменений поведения врача при взаимодействии с ним не наблюдается, вероятность информирования администрации о работе врача не меняет коммуникативных стратегий последнего. Сопоставляя данный статистический результат с информацией, зафиксированной в процессе неформализованного наблюдения, необходимо отметить, что отсутствие различий с точки зрения персонификации взаимоотношений с врачом не означает, что «VIP- пациент от начальства» проходит лечение на обычных условиях. По-видимому, привилегии его положения реализуются на организационном уровне, и касаются вопросов выбора удобного для пациента времени назначения следующего приема, (даже тогда, когда это сопряжено с трудностями), отсутствия «задержек» начала приема и одновременно с этим терпимость к его опозданиям, преимущества при оплате лечения (не только скидки на лечения, нередко назначаемые администрацией, но и возможность отсрочивать оплату или же расплачиваться в валюте, непринимаемой от иных пациентов) и т.д.

То же самое можно сказать и о «состоятельном VIP- пациенте». В то время, как на статистическом уровне вариаций коммуникативного поведения врача в зависимости от стоимости оказанного пациенту лечения (которую врач может спрогнозировать и от которой зависит размер его заработной платы за день) не проявляются на изучаемом нами массиве данных, наблюдение показывает, что «особые» условия обслуживания доступны пациенту данного типа. Наряду с преимуществами, описанными для «VIP-пациента от начальства», для состоятельного пациента существуют и другие привилегии (кофе перед началом приема, выход врача на работу в выходной для этого врача день, проведение ряда операций в бесплатном режиме и т.д.). Однако они также касаются организационных, а не медицинских вопросов.

Оценивая результаты статистического анализа можно сказать, что большинство переменных, призванных репрезентировать типы «особых» пациентов, не проявили себя как значимые в контексте связи с вариациями коммуникативной стратегии врачей. С одной стороны, такое положение дел может быть следствием того, что типы «особых» пациентов были неправильно выделены, операционализированы и т.д. И с этой точки зрения крайне важно отдельно исследовать медицинскую «судьбу» каждого из типов. Также важно помнить, что вариации в поведении врача в ответ на принадлежность пациента к одной из особых категорий, могут проявляться в аспектах, не связанных со степенью персонификации взаимоотношений, как уже было показано для «VIP пациентов». С другой стороны, неприметность некоторых типов особых пациентов в

ракурсе реакции врача на них можно попытаться объяснить. Так, то, что «пациент-маркетолог» не сталкивается с определенным способом коммуникации со стороны врача, вполне может оказаться результатом стремления врача заинтересовать пациента в лечении, независимо от оценок вероятности его повторного прихода. Что касается «пациентов-носителей экстра информации», ранее проходивших лечение у другого терапевта в данной клинике, то отсутствие значимой статистической взаимосвязи с коммуникативной стратегией врача здесь может указывать на то, что факт предыдущего посещения не влияет на врача в контексте реализации профессионализма, и такой пациент просто воспринимается как «первичный».

Коммуникативная стратегия врача в отношении «пациентов, слишком боящихся боли» также не проявила статистически значимых вариаций. Иллюстрируя такой результат наблюдениями, можно предположить, что «болевым» имидж стоматологического лечения сказывается на иных аспектах взаимоотношений врача и пациента. Напомним, что в данном исследовании наряду с коммуникативной стратегией врача нас интересовала переменная, описывающая интенсивность его эмоциональных усилий, направленных на поддержку пациента в процессе стоматологического лечения.

Заметим, что по результатам статистического анализа переменная «эмоциональные усилия врача» оказалась не связанной с переменной «коммуникативная стратегия» (коэффициент корреляции Кендалла не значим). По-видимому, это связано с тем, что в отличие от «коммуникативной стратегии», где врач может позволить себе вариации в отношении пациента, эмоциональные усилия с его стороны носят обязательный характер. Способность оказать эмоциональную поддержку пациенту, которая позволила бы провести лечение в адекватных условиях, вероятно, является проявлением профессионализма и необходимым условием работы стоматолога, не меняющимся в зависимости от отношения врача к каждому отдельному пациенту. Обратим внимание на то, что коэффициенты корреляции Пирсона (-0,262, уровень значимости 0.05) и Кендалла(-0,160, уровень значимости 0.05) указывают на существование статистически значимой связи между объемом эмоциональных усилий врача и профессиональными характеристиками общего стажа работы и опыта работы в данной клинике. Примечательно, что данная связь обратная. На содержательном уровне это значит, что по мере накопления практического опыта и стажа, обследованные нами врачи начинают сокращать количество эмоциональных усилий по поддержке пациентов. Прежде всего, необходимо отсеять ошибку счета, которая могла возникнуть в связи с тем, что статистическому анализу были подвергнуты лишь шесть врачей, чьи личностные эмоциональные характеристики могли оказаться доминирующими в формировании

полученного результата. Если же пренебречь такой ошибкой, то обратная связь между опытом работы в целом и в данной клинике конкретно может оказаться следствием того, что практический опыт работы позволяет врачам проводить лечение все менее болезненно. Правда, не стоит забывать о том, что способность к перенесению боли – субъективная величина. Более того, сокращение эмоциональных усилий по мере накопления опыта работы может указывать на проявление так называемого феномена «эмоционального сгорания», характерного для медицинской профессии, и особенно для стоматологии⁶⁵. Важный вклад в полученный результат могут вносить и параметры, связанные с текущим положением врача в клинике (например, он собирается увольняться). К сожалению, информацией такого рода относительно изучаемых врачей мы не располагаем.

В любом случае, специфика взаимосвязи между эмоциональными проявлениями врача и стажем/опытом его работы.

Что касается вариаций эмоциональных усилий в зависимости от того, является ли данный пациент представителем какого –либо «особого» типа или нет, то здесь, (в результате применения критерия Краскалла –Уоллиса), неслучайные вариации данного признака при сравнении с «обычными» пациентами были обнаружены лишь для «пациентов, которые «слишком бояться боли». С вероятностью ошибки в пяти процентах случаев, коэффициент корреляции Кендалла показал, что связь между степенью страха перед болью и эмоциональными усилиями врача прямая. Столкнувшись с пациентом, слишком боящимся боли, врач вынужден применять максимум усилий по его эмоциональной поддержке. Данный результат косвенно свидетельствует в пользу нашего предположения о том, что эмоциональные усилия стоматолога являются обязательной, а не добровольно избираемой характеристикой его профессии.

В результате применения непараметрических статистических тестов для остальных типов «особых» пациентов оснований сомневаться в том, что эмоциональные усилия врача распределялись случайным образом, обнаружено не было.

⁶⁵ Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. Пациент и стоматолог глазами друг друга. // «Журнал практической психологии и психоанализа». 2000. № 4./ <http://pub.glavmed.ru/action-08/sub-/id-19072/index.html>

Заключение.

В результате проведенного этнографического обследования одной из московских стоматологических клиник в контексте проблемы «особого» пациента и его медицинской карьеры можно сделать вывод о том, что такой феномен как «особый» пациент действительно существует в клинической практике. Однако задача конструирования единой исчерпывающей таксономии «особых» пациентов, несмотря на свою теоретическую привлекательность, на наш взгляд, вряд ли, может быть осуществлена. Главным препятствием для ее осуществления является факт специфичности клинической практики в зависимости от того, какая область медицины реализуется в ее пределах. Не менее важным барьером оказывается и формат функционирования медицинской организации, в контексте которой выстраивается типология. Пациент, его характеристики и поведение становятся «особыми» в ответ на ситуационные условия медицинского взаимодействия. Эти же условия оказывают влияние на механизмы восприятия врача. Именно поэтому вопрос формирования таксономии «особых» пациентов, на наш взгляд, требует детального уточнения «области своего применения».

Если говорить о классификации «особых» пациентов, которую нам удалось зафиксировать в процессе трехмесячного наблюдения за функционированием обследуемой стоматологической клиники, работающей на коммерческой основе, то на доступном наблюдению уровне, скорее всего, она имеет следующую конфигурацию:

- **«Первичные пациенты», попавшие на прием в данную клинику в первый раз.**
- **«Пациенты, которые слишком боятся боли», что оказывается заметным фактором в процессе лечения».**
- **«Недисциплинированные пациенты», регулярно опаздывающие или пропускающие прием».**
- **«Свои пациенты», занимающие позицию в социальной сети врача».**
- **«Пациенты с претензиями» относительно качества лечения и организационного обслуживания, оцениваемые врачом как безосновательные».**
- **«Пациенты- маркетологи», по оценкам врача, не планирующие проходить лечение в данной клиники, но просто изучающие рынок стоматологических услуг».**
- **«Профессиональные пациенты, владеющие медицинской лексикой, занимающие активную позицию во взаимоотношениях с врачом, желающие ориентироваться в процессе осуществляемого лечения».**

- **«Пациенты-носители экстра информации», ранее побывавшие у другого врача в этой же клинике, что позволяет текущему врачу выстраивать относительные оценки своего профессионализма».**
- **«VIP-пациенты от начальства», направленный на прием к врачу по распоряжению администрации и способный информировать ее об уровне работы врача».**
- **«Состоятельные VIP-пациенты», обладающие высоким материальным статусом и готовые проходить лечение, в дорогостоящем формате».**

Отдельно обратим внимание на то, что характеристики пациентов, связанные с кратностью посещений врача, проявили себя как значимые. Однако в то время как в условиях, например, гинекологической практики, как мы можем видеть в исследовании Ричмана и Голдторпа⁶⁶, параметр длительности взаимоотношений «врач-пациент» может быть положен в основу выделения «повторных» пациентов в качестве особого типа, в стоматологической сфере, где лечение в большинстве случаев осуществляется в несколько приемов, «повторность» пациента является скорее типичной, нежели особой характеристикой. Значительно больший резонанс в восприятии врача вызывает пациент «первичный». Именно его мы и выделили в качестве отдельного типа «особых» пациентов.

Остановимся на вопросе медицинской карьеры «особых» пациентов, в данном исследовании рассмотренной в аспекте вариации коммуникативной стратегии врача по степени персонификации его взаимоотношений с пациентом и эмоциональных усилий врача по его противоболевой поддержке.

В контексте коммуникативной стратегии врача, выраженные положительные последствия испытывают на себе «свои» пациенты, попадающие на прием в результате активизации социальных связей врача. Положительная динамика отмечается и для пациентов, переходящих из разряда «первичных» в категорию «повторных».

Отрицательные последствия в этом же ракурсе проявляются для «недисциплинированных пациентов» и «пациентов с претензиями».

Что касается остальных типов «особых» пациентов, то на уровне стиля коммуникации вариаций в восприятии врача обнаружено не было. Однако, скорее всего, такой результат не является индикатором бессодержательности категоризации пациента как особого. Привилегии и санкции «особых» пациентов, вполне, могут проявляться в других аспектах взаимодействия.

⁶⁶ Richman J. Goldthorp W. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure. // Social Science and Medicine. 1977. Vol.11. P.265-276.

Наряду с коммуникативными проявлениями восприятия врачом «особого» пациента, нас интересовал вопрос дифференциации его эмоциональных усилий по противоболевой поддержке пациента. В данном контексте значимое различие обнаружилось лишь для «пациентов, слишком боящихся боли». Относительно других представителей таксономии эмоциональные усилия обследованных врачей примечательных вариаций не показали. Как следствие, был сделан вывод о том, что эмоциональная составляющая профессии стоматолога носит для него обязательный характер, и, по-видимому, реализуется независимо от отношения врача к пациенту. Таким образом, в контексте эмоциональных усилий врача принадлежность пациента из обследуемой совокупности к «особому» типу (за исключением «пациента, боящегося боли») последствий не имеет.

В целом же на основании данных этнографического исследования в условиях выбранной для изучения стоматологической клиники можно говорить о том, что медицинская карьера «особых» пациентов складывается по-разному, в зависимости от того, носит ли эта «особость» проблемный для врача характер или нет. Однако даже «проблемное» поведение особого пациента совсем не означает отрицательного исхода, с точки зрения медицинского аспекта взаимодействия врача и пациента, так как, судя по результатам проведенного исследования, непосредственно профессиональная составляющая работы врача может существовать отдельно от вариаций его вариаций.

В заключение работы, с учетом опыта эмпирического изучения проблемы «особого» пациента, хотелось бы указать на то, что дальнейшее исследование вопроса медицинской карьеры нетипичного больного следует предварить разработкой критериев, позволяющих давать оценку клиническим проявлениям, репрезентирующим понятие «качества оказанного лечения».

Список использованной литературы.

1. Anspach R. Notes on the sociology of medical discourse: the language of case presentation. //Journal of Health and Social Behavior.1988, Vol. 29. No. 4.
2. Barr J. Physician's views of patients in prepaid group practice: reasons for visits to HMOs. // Journal of Health and Social Behavior.1983, Vol.24. No. 2.
3. Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimensions of interaction theory. // Journal of Health and Social Behavior.1980, Vol. 21. No.2.
4. Buller M., Buller D. Physician's communication style and patient satisfaction. // Journal of Health and Social Behavior. 1987, Vol. 28. No.4.
5. Davies A., Jr J. Measuring patient satisfaction with dental care. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15A. P. 751-760.
6. Davis F. Uncertainty in medical prognosis clinical and functional.//The American Journal of Sociology. 1960, Vol. 66. No.1.
7. Douglas W.M. Interaction and asymmetry in clinical discourse.// The American journal of sociology. 1991, Vol. 67. No.2.
8. Fabrega H., Moore R., Strawn J. Low income medical problem patients: some medical and behavioral features. // Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.4. P. 334-343.
9. Field M. The doctor-patient relationship in the perspective of "fee for service" and "third party" medicine. // Journal of Health and Human Behavior. 1961, Vol. 2. No. 4.
10. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. Chicago and London. The University of Chicago Press.1988.
11. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. . N.Y.: Prentice-Hall. 1963.
12. Gray R. Newman W. The effect of medical specialization on physicians' attitudes. // Journal of Health and Social Behavior.1966, Vol. 7. No.2.
13. Haug M., Lavin B. Practitioner or patient –who's in charge? //Journal of Health and Social Behavior. 1981, Vol. 22 (September).
14. Heath C. Pain talk: the expression of suffering in the medical consultation.// Social Psychology Quarterly. 1989. Vol. 52. No.2. P.113-125.
15. Hornung C., Massgli M. Primary-care physicians' affective orientation toward their patients. // Journal of Health and Social Behavior. 1979. Vol.20. P. 61-76.
16. Kadushin Ch. Social distance between client and professional. //The American journal of sociology. 1962, Vol. 67. No.5.
17. Kegeles S. Why people seek dental care: a test of conceptual formulation. // Journal of Health and Social Behavior. 1963. Vol.4. No.3.P. 166-173.
18. Maguire P. Doctor-patient skills. / Social skills and Health/ Ed.by M. Argyle. - London and New York: Methuen &Co.ltd, 1981
19. McKinlay J. Who is really ignorant-physician or patient? // Journal of Health and Social Behavior.1975, Vol. 16. No.1.
20. Miller R., Leary M. Social sources and interactive functions of emotion: the case of embarrassment / Emotion and Social Behavior. /ed. Margaret S. Clark.- USA. SAGE Publications. 1992. P. 202-203.

21. Morgan M. The doctor-patient relationship. / Sociology as applied to medicine ed. by Graham Scambler. - London, Bailliere Tindall.1991.
22. Murray B. "Dentists' preferred sources of new drug information and their attitudes toward the use of drugs by patients"// Social science and medicine. 1981. Vol. 15A. P. 781-788.
23. Parsons T. Definitions of Health and illness in the light of American values and social structure. / Social structure and personality. London.: The Free Press. 1964.
24. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. /The social system. L.: Routledge.1991.
25. Parsons T. Some theoretical considerations bearing on the field of medical sociology. / Social structure and personality. London.: The Free Press. 1964.
26. Quarantelli E. School-learned adjustments to negative self-images in high status occupational roles: the dental students example. // Journal of Educational Sociology. 1961. .Vol. 35. No.4. P. 165-171.
27. Reisine S. Theoretical considerations in formulating sociodental indicators. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15A. P. 745-750.
28. Rhee Sang-O. Relative importance of physician's personal and situational characteristics for the quality of patient care.//Journal of Health and Social Behavior. 1977. Vol.18. No.1.
29. Richman J. Goldthorp W. Becoming special: gynecological ideology, gift exchange and hospital structure. // Social Science and Medicine. 1977. Vol.11. P.265-276.
30. Rutzen S. The social importance of orthodontic rehabilitation: report of a five year follow-up study. // Journal of Health and Social Behavior. 1973. Vol.14. No.3. P. 233-240.
31. Sherlock B. The second profession: parallel mobilities of the dental profession and its recruits. // Journal of Health and Social Behavior. 1969. Vol.10. No.1. P. 41-51.
32. Staudenmayer H., Lefkowitz M. Physician –patient psychosocial characteristics influencing medical decision –making. // Social Science and Medicine. 1981. Vol.15E. P. 77-81.
33. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования.-3-е изд.-М.: КДУ, 2003.
34. Ларенцова Л.И., Смирнова Н.Б. Пациент и стоматолог глазами друг друга. // «Журнал практической психологии и психоанализа». 2000. № 4. / <http://pub.glavmed.ru/action-08/sub-id-19072/index.html>
35. Майерс Д. Социальная психология. 7-е изд. СПб. : Питер. 2004.
36. Цюц А. Структура повседневного мышления // Социологические исследования. 1988. №2. стр. 129-137