

© 2005 г.

Л.М. АСТАФЬЕВ

РОЛЬ ТИПОЛОГИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

АСТАФЬЕВ Лев Михайлович - преподаватель кафедры социологии медицины и экономики здравоохранения факультета управления здравоохранением Московской медицинской академии им. ИМ. Сеченова.

Современные социологические школы рассматривают формирование каждой личности как процесс, происходящий в динамике общения с другими людьми, что обуславливает стиль их поведения, манеры, обычаи, определяет групповую и коллективную деятельность [1]. В системе этих отношений важное место занимают медицинские работники. Сами врачи и их профессиональная деятельность, по мнению исследователя И.В. Богорада, с древнейших времен находились в центре внимания общества: "Вряд ли найдется еще профессия, которой бы так повезло, как врачебной... Это и понятно. Ведь на руках врача человек рождается, на его ру-

как уходит в небытие" [2]. Этим объясняются попытки выделения характеристик идеального типа врача и построения типологии медицинских работников.

В социально-психологических исследованиях, проведенных с целью моделирования личности такого врача, акцентируется внимание на его роли в создании оптимального контакта между врачом и больным. Основу такого контакта составляет психологическая совместимость, то есть наличие у медика тех качеств, которые пациент считает присущими идеальному врачу [3]. Как правило, эти свойства четко проявляются в ситуациях, которые больной расценивает как катастрофические, ломающие сложившийся жизненный уклад. Характеризуя эти ситуации, больные придают особое значение уверенности врача в себе, отсутствию у него колебаний в правильности поставленного диагноза и назначенного лечения. В таких случаях значительно возрастает роль профессиональных знаний медика.

Его образ не является неизменным на всем протяжении болезни, в значительной мере он зависит от остроты течения заболевания. Использование методики социологического опроса больных при их выписке позволяет выявить следующие характеристики "идеального" врача: уважительность, внимание к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность. Другими словами, преобладают коммуникативные черты [4]. Обобщив разрозненные характеристики, исследователи выделяют два типа: "сопереживающий и директивный" и "сопереживающий и недирективный", само название которых во многом описывает их поведение [5].

Немаловажная роль в процессе лечения больного принадлежит и среднему медицинскому персоналу. В работе венгерского исследователя И. Харди "Врач, сестра, больной" дана типология медицинских сестер по характеристикам их деятельности. Автор выделяет 6 основных групп: сестра-рутинер; сестра, "играющая зауценную роль"; тип "нервной сестры"; сестра с мужеподобной, сильной личностью; сестра материнского типа; сестра-специалист [6]. К каждому типу приводится определенный, присущий исключительно этой группе сестер, набор характеристик.

Анализ работ, посвященных проблеме типологизации основных участников лечебно-диагностического процесса, свидетельствует о большом значении личных качеств медицинских работников, о необходимости их индивидуального подхода к больным в зависимости от течения заболевания. В то же время, несмотря на то, что пациенту отводится второстепенная позиция, его самосознание, самооценка, мотивация к лечению, активность, соблюдение врачебных предписаний, желание выздороветь, являются базовыми в борьбе с болезнью и определяют ее исход.

Необходимость выделения отдельных типов пациентов связана с насущными потребностями более глубокого изучения социологией медицины потребителей медицинских услуг, выделения внутренне однородных, качественно отличных друг от друга групп, характеризующихся определенными признаками, на основе научно обоснованных критериев и методов. Еще Э. Дюркгейм называл типологизацию крайне важной для развития социологической науки и даже предложил создать особое направление (социальную морфологию), которое занималось бы построением социальных типов и их классификацией [7].

В нашем исследовании предпринята попытка разработки типологии пациентов. Было высказано предположение, опирающееся на двухфакторную или мотивационно-гигиеническую теорию о различии природы причин удовлетворенности качеством медицинской помощи (КМП) у определенных групп людей [8]. Одни концентрируют свое внимание на отношении к ним медицинских работников; другие - на слаженной организации оказания медицинской помощи; третьи - на возможности получения максимально полного обслуживания; четвертые - на удобстве по времени и месту обращения; пятые - на материальных затратах и т.д. Эта гипотеза послужила основой для попытки типологизации пациентов по их удовлетворенности КМП в амбулаторно-поликлинических учреждениях (АПУ).

Другая гипотеза, базирующаяся на теории ценностей, связана с попыткой определения отношения пациентов к собственному здоровью; их оценкой базовых общечеловеческих ценностей. Она позволяет предположить значительное искажение ценностных ориентиров в сознании населения, произошедшее в ходе рыночных преобразований, смещение их в сторону достижения материальных, сиюминутных, второстепенных целей [9]. Построение данной типологии дает возможность разработки иерархии или шкалы приемлемости тех или иных типов поведения для развития самосохранительной культуры российского общества.

Методика исследования. В ее основе анкетный опрос трудоспособного городского населения Москвы, Санкт-Петербурга, Кирова, Тамбова, который проводился в июле-августе 2004 г. Ее особенность - использование для выделения типов пациентов факторного анализа. Опрос

проводился на выборочной совокупности респондентов. Выборка формировалась с помощью статистических методов и представляла собой микромодель генеральной совокупности, то есть модели потребителей медицинских услуг городской амбулаторно-поликлинической сети РФ.

Опрошено 1620 пациентов: в Москве - 412; Санкт-Петербурге -401; Кирове -403; Тамбове - 404. Генеральную совокупность составляло городское взрослое население. С целью возможности проведения сравнительного анализа по городам, выборка рассчитывалась для каждого из них отдельно.

Определение необходимого числа выборочных единиц происходило на основе следующих параметров: предельная ошибка выборки 0,05 ($D = \pm 5\%$), доверительная вероятность 0,95%, коэффициент доверия $t = 2$, что обеспечило достоверность результатов в 95% случаев с предельной ошибкой $\pm 5\%$.

Для получения репрезентативных данных при опросе пациентов АПУ была разработана многоступенчатая выборка. Вот как, например, формировалась выборочная совокупность единиц исследования в Москве. Отбор респондентов проводился в несколько этапов: 1) сформирована база данных с номерами всех поликлиник Москвы, оказывающих помощь взрослому населению в рамках системы обязательного медицинского страхования - 211 АПУ; 2) пошаговым механическим отбором (шаг 5) были выбраны 40 АПУ; 3) опрошено от 8 до 12 пациентов в каждом АПУ; 4) на основании более подробной информации о социально-демографических характеристиках опрашиваемых проводилось квотирование. Основное условие - равное соотношение представителей мужского и женского пола, а также существенная доля молодежи (до 30 лет) и трудоспособного населения. Этот акцент выбран для того, чтобы не допустить смещения выборки в сторону опроса "постоянных клиентов" муниципальных поликлиник пенсионного возраста, сконцентрироваться на изучении мнения тех представителей основных трудовых ресурсов, на ком лежит основное налоговое бремя.

Для решения задачи по выявлению типологии пациентов АПУ применен факторный анализ. Изучались мнения пациентов по двум вопросам: удовлетворенности качеством медицинской помощи и отношению к заболеванию и методам борьбы с ним. Применение факторного анализа для изучения этих аспектов проблемы направлено на то, чтобы составить широкую типологию пациентов, а также для проверки наших гипотез.

Респондентам было предложено высказать свое мнение (от полного согласия до абсолютного несогласия по пятибалльной шкале) по 29 положениям, характеризующим медицинскую помощь, и по 18 пунктам - отношению к болезни и методам лечения.

Результаты исследования. На основе данных медико-социологического опроса была выстроена следующая типология пациентов:

- *оптимисты* (воспринимают все аспекты оказания медицинской помощи в положительном ключе, не видят недостатков) (68,82%);
- *пессимисты* (оценивают КМП как низкое, акцентируют внимание на негативных моментах оказания медицинской помощи и плохом отношении к пациентам медицинских работников) (12,14%);
- *прагматики* (четко фиксируют наличие или отсутствие отдельных видов услуг, доступности или недоступности специалистов и т.д., не давая оценочных суждений) (14,32%);
- *меркантилисты* (фокусируются на материальной стороне оказания медицинской помощи, официальных и теневых платежах и других затратах, необходимых для получения медицинских услуг нужного объема и качества) (4,72%).

Пациенты первого типа - мужчины в возрасте до 19 лет, с незаконченным высшим образованием, учащиеся, холостые. *Пессимистичный настрой* характерен для мужчин в возрасте от 30 до 39 лет и старше 60 лет, со средне-специальным (или высшим образованием), безработным (или ИТР, служащим), женатым. *Прагматичный настрой* у женщин, в возрасте от 40 до 49 лет, со средним образованием, ИТР, служащих (или домохозяйек, частных предпринимателей), незамужних. *Меркантильный настрой* присущ женщинам в возрасте от 50 до 59 лет, со средним образованием, пенсионерам, замужним.

Наглядно прослеживаются следующие корреляции:

- по половому признаку. Женщины более расчетливы в оценке удовлетворенности КМП; фокусируют внимание на материальной и технической сторонах вопроса. Мужчины более чувствительны, оценивают КМП по всему спектру показателей, концентрируясь на собственных ощущениях;



Иерархия социальной приемлемости выделенных типов пациентов

- по возрасту. Оптимизм присущий молодым, который сменяется более трезвой оценкой в среднем возрасте и пессимизмом - в старшем. Данная тенденция, на мой взгляд, связана с ухудшением состояния здоровья с возрастом;

- по образованию, статусу и доходу. Сумма этих показателей преобразуется в социально-экономическую стабильность или нестабильность жизни пациентов, что дает или не дает им возможность поиска путей повышения собственной удовлетворенности КМП за счет оплаты более качественных медицинских услуг или за счет смены врача, АПУ, вида страхования и т.д.

Факторный анализ, проведенный по второму направлению, отражающему ценностные ориентации населения по четырем критериям: восприятию болезни, отношению к лекарствам, лечению и профилактике, позволил выделить 6 типов пациентов АПУ.

Первый тип - "доверчивый" - характеризуется нейтральным восприятием болезни, положительным отношением к лекарствам, самостоятельным - к лечению и пассивным - к профилактике. Он больше присущ женщинам в возрасте от 20 до 29 лет, с незаконченным высшим (или высшим) образованием, учащимся (ИТР, служащим), незамужним, с доходом на одного члена семьи от 8000 до 9000 руб. (или свыше 9000 руб.) (40,44%).

Ко второму типу ~ "борец" - можно отнести пациентов с нейтральным восприятием болезни, положительным отношением к лекарствам, самостоятельным - к лечению и пассивным - к профилактике. Он присущ мужчинам в возрасте от 19 до 29 лет (или от 60 лет и старше), с незаконченным средним, средним (или незаконченным высшим) образованием, учащимся, рабочим (или пенсионерам), холостым, с доходом на одного члена семьи от 7000 до 8000 руб. (у пенсионеров - до 1000 руб.) (18,61%).

Третий тип - "здоровяк" - характерен для лиц с антагонистическим восприятием болезни, нейтральным отношением к лекарствам, самостоятельным - к лечению и активным - к профилактике. Он присущ мужчинам, в возрасте от 19 до 29 лет, с незаконченным средним или высшим образованием, учащимся (или безработным), женатым, с доходом на одного члена семьи от 8000 до 9000 руб. (у безработных - от 5000 до 6000 руб.) (14,8%).

Четвертый тип - "народник" - отличается фаталистическим восприятием болезни, отрицательным отношением к лекарствам. Они самостоятельны в лечении и пассивны - к профилактике. Это - женщины, в возрасте от 40 до 49 лет и от 60 лет и старше, с начальным (или высшим) образованием, пенсионеры (или безработные), замужние, с доходом на одного члена семьи от 5000 до 6000 руб. (у пенсионеров - от 2000 до 3000 руб.) (12,4%).

Пятый тип - "недоверчивый" - характеризуется нейтральным восприятием болезни, отрицательным отношением к лекарствам, самостоятельным - к лечению и пассивным - к профилактике. Присущ женщинам, в возрасте от 60 лет и старше, со средне-специальным образованием, пенсионерам, замужним, с доходом на одного члена семьи от 5000 до 6000 руб. (6,32%).

К шестому типу - "фаталист" - относятся респонденты с пассивным восприятием болезни, нейтральным отношением к лекарствам; самостоятельным - к лечению и пассивным - к профилактике. Это - женщины, в возрасте от 19 лет и от 30 до 39 лет, с незаконченным высшим (или высшим) образованием, учащиеся (или ИТР, служащие), замужние, с доходом на одного члена семьи от 7000 до 8000 руб. (в старшей возрастной группе - свыше 9000 руб.) (7,43%).

Исследование показало смещение ценностных ориентиров в сознании населения, появились такие типы личности пациента как "недоверчивый" и "фаталист". Настораживает и повсеместно пассивное отношение к профилактике, ярко выраженное отрицательное восприятие лекарственных препаратов. Это свидетельствует о слабой информированности, безгра-

мотности и низкой санитарно-гигиенической и физической культуре населения, снижении доверия пациентов не только к медицинским работникам, но и в целом к российскому здравоохранению и медицине.

На основе данных опроса сформирована иерархия (шкала) приемлемости групп для развития самосохранительной культуры российского общества (см. схему). Если представители 5 и 6 типов социально приемлемы, одобряемы, а "здоровяки" могут даже служить примером для россиян, то "народники" и "доверчивые" требуют дополнительного информационного обеспечения и стимулирования, а на "фаталистов" и "недоверчивых" необходимо обратить особое внимание медицинских служб, усилить среди них социальную работу, направленную на изменение их мировоззрения, самосознания, культуры и социальной адаптации.

Таким образом, сам факт того, что на основе использования факторного анализа удалось выделить, а на базе разработанных теорий проинтерпретировать указанные типологии пациентов АПУ, говорит о наличии устойчивых, внутренне однородных, количественно и качественно отличных друг от друга групп населения, которые являясь потребителями медицинских услуг, функционируют в соответствии с собственными убеждениями, личным опытом и мировоззрением. Опрос показал, что нужны мониторинговые исследования в этой области в рамках системы здравоохранения для поиска новых закономерностей и прогнозирования развития российского общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Решетников А.В.* Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. М: Медицина, 2002.
2. *Богорад И.В.* Больной и врач. М.: Знание, 1982.
3. *Витенко И.С., Леоненко И.М.* Актуальные вопросы профессионально-психологической подготовки медицинских кадров // *Врачебное дело.* 1983. № 3. С. 122-123.
4. *Георгиевский А.С.* В тылу и на фронте (Из дневника воен. врача). СПб., 1996.
5. *Ташильков В.А.* Психология лечебного процесса. Л., 1984.
6. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / Пер. с венг. М. Алекса. Будапешт, 1988.
7. *Durkheim E.* The rules of sociological method. New York: Free Press, 1964.
8. *Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.* Motivation to work. New York: Wiley, 1959.
9. *Locke E.A.* (1976) The Nature and Causes of Job Satisfaction in Dunnette, M.(ed) (1976) Handbook of Industrial & Organizational Psychology, Rand McNally Adams, J.S. & Jacobsen, P.R. (1964) Effects of Wage Inequities on Work Quality, *Journal of Applied Psychology*, № 67.