

УДК 316.455

*Н.Л. Антонова, М.В. Клейменов***ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИСТСКИЙ ПОДХОД В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НА СЕЛЕ¹**

Раскрывается пациент-центристский подход в системе медицинского обслуживания на селе, суть которого заключается в том, что целевой установкой врача становится ориентация не только на избавление пациента от конкретного заболевания или снижения его симптомов, но и стремление включить больного в освоение активных практик соблюдения здорового образа жизни, самостоятельного сохранения и восстановления жизненных сил организма. Пациент-центристский подход в системе медицинского обслуживания ведет к возникновению нового уровня доверия. Пациент рассматривает врача как специалиста, который способен разобраться в совокупности факторов, влияющих как на возникновение самой болезни, так и на средства ее преодоления, а также обеспечения длительного здорового состояния организма. Опираясь на опрос пациентов Курганской (n=300) и Свердловской областей (n=300), а также интервью с медицинским персоналом, работающим на селе (n=16), в статье утверждается, что медицинское обслуживание на селе воспроизводит идеологию патернализма, затрудняющую реализацию пациент-центристского подхода. Это связано с воспроизводством и углублением социального неравенства, снижением доступности медицинских услуг сельскому жителю, отсутствием выбора врача и медицинского учреждения, а также снижением доверия и уважения к медицинскому персоналу. Длительность проживания медработника на селе может стать фактором формирования пациент-центристского подхода в системе медицинского обслуживания и служить становлению здоровьесберегающих практик селян. Современная российская система медицинского обслуживания тормозит переход от болезнь-центристской к пациент-центристской ориентации, несмотря на провозглашение новых стандартов и норм здорового образа жизни. Медицинский работник остается наставником для пациента и практически не участвует в становлении культуры здоровьесбережения сельского жителя.

Ключевые слова: медицинское обслуживание, пациент-центристский подход, врачи, пациенты, село.

Введение

Современный этап развития системы медицинского обслуживания на селе начался в 90-е гг. XX в. и связан с внедрением во все сферы жизнедеятельности россиян принципов рыночных отношений. Система медицинского обслуживания в российском селе, как и многие системные образования того периода, переживает кризис, поскольку современная власть выбрала финансовый подход для управления здравоохранением страны: определенные территории, не обладающие значительными трудовыми ресурсами или иными потенциалами развития в экономическом плане, принудительно сокращают численность медицинских учреждений и работающих в них персонал. Таковыми стали, прежде всего, сельские поселения. К тому же проблема старения кадров стала сильнее сказываться в сельских районах, чем в городских, поскольку молодые специалисты предпочитают работать в большом городе с развитой инфраструктурой, а не на селе, где отсутствуют современные технологии связи и коммуникаций, приемлемые дороги и перспективы карьерного роста и создания семьи (рождения детей) [1].

Произошло ухудшение в развитии доступности медицинской помощи для сельских жителей. Жители села вынуждены обращаться в больницы тех городов, которые расположены в 15-30 км от места проживания, ожидая прибытие машины «скорой помощи» в течение нескольких часов. Современная государственная политика в России фактически направлена на дальнейшее углубление неравенства как в качестве, так и в количестве медицинских услуг, получаемых жителями сел [2; 3]. Д.П. Солодухина полагает, что на стационарное лечение сегодня сельский житель поступает в более запущенном состоянии, чем городской [4].

Аналогичное мнение высказывает С.В. Шишкин: «...жители села... чаще лежат в больницах, чем жители больших и крупнейших городов, что, по-видимому, является следствием как меньшей обращаемости за первичной помощью, так и невысокого качества диагностики и более ограниченных возможностей амбулаторного лечения на селе...» [5. С. 7].

¹ *Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант № 16-33-00008).

Система медицинского обслуживания на селе находится в кризисном состоянии. Запущенная государственная программа «Земской доктор» не может решить в полной мере вопрос получения оперативной и качественной медицинской помощи сельскому жителю и сформировать установку на здоровьесберегающее поведение. Выездные медицинские бригады решают локальные проблемы, направленные на диагностику и лечение конкретных заболеваний. Сельский житель без поддержки специалиста, имеющего медицинское образование, остается «один на один» с нерешенными вопросами, касающимися здоровьесбережения и включения здоровьесберегающих практик в структуру образа жизни.

Теоретические основания

В условиях реструктуризации и оптимизации отечественного здравоохранения, связанных, прежде всего, с сокращением численности медицинских учреждений на селе, актуализируются проблемы доступности и качества медицинских услуг, отношения сельских жителей к своему здоровью, формирования и воспроизводства здоровьесберегающей культуры. Эти вопросы ставят на повестку дня анализ ориентаций медицинских работников и пациентов в системе медицинского обслуживания на селе.

В научной литературе подчеркивается, что здоровье людей зависит на 50-55 % от образа жизни и лишь на 20 % – от генетических особенностей, на 10 % – от уровня развития системы здравоохранения и на 15-20 % – от состояния окружающей среды [6]. Так, например, неправильное питание, физическая инертность, употребление табака и алкоголя становятся ведущими факторами возникновения сердечно-сосудистых заболеваний [7].

Суть пациент-центристского подхода заключается в том, что целевой установкой врача становится ориентация не только на избавление пациента от конкретного заболевания или снижения его симптомов, но и стремление включить больного в освоение активных практик соблюдения здорового образа жизни, самостоятельного сохранения и восстановления жизненных сил организма. Медицинский работник создает для каждого больного индивидуальную систему его целостного оздоровления, опираясь на анализ предрасположенности к тем или иным заболеваниям, характера отношения и реакций на те или иные жизненные ситуации, общей картины протекания заболевания.

Пациент-центристский подход в системе медицинского обслуживания ведет к возникновению нового уровня доверия. Пациент рассматривает врача как специалиста, который способен разобраться в совокупности факторов, влияющих как на возникновение самой болезни, так и на средства ее преодоления, а также обеспечения длительного здорового состояния организма. Он принимает указания доктора не только в отношении конкретного заболевания, но и всего образа жизни, соглашаясь на его изменения с целью увеличения продолжительности активной деятельности.

В пациент-центристском подходе происходит сочетание лечения с дальнейшей профилактикой заболеваний, что ориентирует как врача, так и пациента на длительное взаимодействие. При этом оно продолжается независимо от симптомов заболевания и достижения результата. Сегодня слабой попыткой реализации такого подхода можно считать профилактические осмотры, диспансеризацию населения. Их содержание ограничено выявлением нескольких параметров здоровья, отсутствием установки на постоянное взаимодействие с теми специалистами, которые привлекаются при лечении выявленных болезней.

Реализация пациент-центристского подхода во взаимодействии между пациентом и врачом в значительной мере зависит от условий, необходимых для оказания медицинской помощи. Врач должен обладать средствами диагностики, необходимыми лекарственными средствами, возможностями оказания амбулаторной и стационарной медпомощи, а у пациентов должна быть возможность своевременного обращения к специалисту и получения от него квалифицированного лечения. На селе они очень ограничены.

В связи с этим для села большое значение имеет принятие норм здорового образа жизни. Они включают не только информированность о правилах гигиены, здорового питания, значимости физической активности, организации труда и отдыха, но владение сведениями о своей предрасположенности к определенным заболеваниям, способами предупреждения их появления. Это является одним из важных условий утверждения пациент-центристского подхода при взаимодействии медработников с больными.

Получение соответствующих знаний должно стать обязательным элементом общения врача с больным. Наличие у пациента знаний о болезни способствует выработке стереотипов здоровьесбере-

гающего поведения. Утверждается представление о том, что само течение болезни, темпы выздоровления в значительной мере зависят от того, как человек работает со своим организмом, побуждая его к борьбе с недугом на основе выполнения указаний врача.

При таком взаимодействии реализуется принцип – от лечения болезни (болезнь-центристская ориентация) к лечению больного (пациент-центристская ориентация). Положительным результатом такого взаимодействия выступает более высокая степень заинтересованности пациента в выполнении всех указаний врача, повышение психофизиологической уверенности в том, что болезнь будет в дальнейшем побеждена, утверждение доверия к врачу не только как к носителю медицинских знаний, но и как специалисту, готовому оказать профилактическую помощь на протяжении всей жизни индивида.

Методы

Для определения особенностей реализации пациент-центристского подхода в системе медицинского обслуживания на селе нами были проведены социологические исследования в сельских поселениях Курганской и Свердловской областей. Наше поле представили два региона из Уральского федерального округа, находящиеся на двух полюсах оси урбанизированности. По данным Росстата, сельское население Курганской области составляет 38,2 % от общей численности населения, в Свердловской области доля селян – 15,5 % [8].

Основным методом сбора информации стал анкетный опрос сельских жителей Далматовского района Курганской области (n=300) и Камышловского района Свердловской области (n=300). Мы использовали квотный вид отбора, воспроизводящий половозрастную структуру выбранных нами территорий. При этом мы руководствовались следующим критерием: сельский житель должен был в течение трех месяцев, предшествовавших опросу, посетить сельское медицинское учреждение.

Мы также использовали в качестве метода сбора информации полуструктурированное интервью с медицинскими работниками (n=16). В муниципальных районах, попавших в нашу выборку, медработники, в основном, – женщины среднего или пожилого возраста со стажем работы больше 11 лет. В Далматовском районе на момент исследования работало 6 человек, из них: 5 женщин и 1 мужчина. Доли опрошенных по возрасту и стажу – равные: 3 респондента среднего возраста (31-54 года), имеющие стаж работы до 30 лет, и 3 респондента пожилого возраста (55 лет и старше), стаж работы которых составляет свыше 30 лет. Профессиональный статус информантов выглядит следующим образом: 3 врача, 1 медсестра и 2 фельдшера. В Камышловском районе было проинтервьюировано 10 человек. Все опрошенные медицинские работники – женщины среднего возраста (31-54 года). Из них: 7 фельдшеров, 3 медсестры; стаж работы до 30 лет составляет у 4 респондентов, свыше 30 лет у 6 информантов.

Результаты

Результаты исследования показали, что только 21,2 % сельчан считают пациент-центристский подход фактором, повышающим эффективность лечения заболевания. Роль этого фактора признается большинством опрошенных нами медработников, но отводимое по действующим нормативам время врача на прием одного пациента не позволяет реализовать его в полной мере. Пациент-центристский подход предполагает аргументированную длительную беседу, результатом которой являются не только постановка диагноза и медицинские назначения, но и конкретные рекомендации по ведению здорового образа жизни и снижению дальнейших рисков возникновения заболевания.

Рассматриваемый нами подход в системе медицинского обслуживания обычно реализуется медперсоналом с теми пациентами, болезнь которых имеет хронический характер. Так, 29,8 % опрошенных отметили, что врачи пытаются объяснить им причины заболевания, а также характер влияния на него образа жизни и ожидаемый результат от его изменений. 28 % отметили ориентацию врачей на постоянное отслеживание состояния больного (мониторинг), поскольку полностью избавиться от заболевания невозможно, и требуется постоянно поддерживать организм в состоянии усиления его жизненных сил с помощью лекарственных средств. Важной особенностью является сопровождение жизнедеятельности пациента с определенным заболеванием в течение всей жизни, поскольку игнорирование рекомендаций врача, в том числе несвоевременные обследования, ведут к обострению заболевания.

Сложность реализации пациент-центристского подхода заключается в том, что врач после назначения лечения не контролирует влияние таких негативных факторов, как невысокий уровень ор-

ганизованности пациента, ведущий к нарушению режима приема лекарств, психологический климат на работе и в семье, отрицательно влияющий на организм, его настрой на излечение [9]. Вместе с тем длительное проживание врача в населенном пункте, его готовность оказать медицинские консультации во внерабочее время становятся факторами, снижающими трудности реализации пациент-центристского подхода. В ходе формального и неформального общения с пациентом врач может получить определенные гарантии, что пациент будет выполнять понятные для него предписания и рекомендации [10]. Сельский образ жизни позволяет общаться с врачом практически в любом месте, что качественно отличает поведение сельчан от городского населения, для которого крайне затруднены случайные встречи с врачом и взаимодействие с ним вне стен медучреждения. На селе социальная дистанция между жителями, имеющими разный статус, более короткая: сельчане могут найти своего врача или фельдшера фактически в любом месте: в больнице (на работе), дома, (даже ночью), во время работы в саду/огороде и т.д. На этой основе может возникнуть гармония в диаде «врач-пациент», позволяющая пациенту снять психологическое напряжение, стресс, которые возникают во время заболевания (особенно при тяжелых и хронических заболеваниях) [11].

Однако результаты нашего исследования показали, что у медперсонала существуют определенные стереотипы. У сельского медработника утвердилось устойчивое представление о том, что сельское население при отсутствии выбора медицинского учреждения и врача обращалось и будет обращаться к тем специалистам, которые имеются на селе. Отсюда реализация пациент-центристского подхода – необязательный элемент оказания медицинской помощи. Медицинскому работнику в этой ситуации проще реализовать авторитарную стратегию оказания медицинской помощи, нацеленную исключительно на лечение болезни. Среди опрошенных пациентов в нашем исследовании только 15,1 % отметили, что медперсонал выступает в качестве партнера по взаимодействию, и 8 % сельчан определили свою роль на приеме у лечащего врача как соучастника/партнера (как при первичном, так и при повторном посещении).

Фактором, способствующим становлению пациент-центристского подхода в системе медицинского обслуживания на селе может стать доверие и уважение к медперсоналу. Ситуация с доверием к медперсоналу имеет противоречивый характер. С одной стороны, при отсутствии альтернативных медицинских учреждений и необходимости обращения к тем врачам, которые имеются в настоящее время, сельский житель вынужден доверять во время лечения (45 %). С другой стороны, закрепление врача в статусе сельского жителя повышает уровень доверия к нему пациентов. Закрепление в данном статусе становится фактором, способствующим переходу от «вынужденного» к естественно формируемым доверительным отношениям. Пациент в большей степени верит специалисту, предлагающему не только лечение конкретной болезни, но и выявляющему скрытые причины ее появления, генетическую предрасположенность, образ жизни, другие факторы, вызвавшие сбой в работе организма. Повышает доверие к медицинскому работнику и «сарафанное» радио, которое на селе, в отличие от города, действует быстрее и эффективнее.

Доверие к медработнику является важным условием возникновения уважительного отношения к нему. Оно проявляется при взаимодействии с авторитетными врачами, имеющими значительный опыт лечения и диагностики (85 %), а также теми медработниками, при общении с которыми у пациента, а также у его знакомых и близких, был положительный результат, а именно – выздоровление пациента (78 %).

Повышение доверия и уважения пациентов к медицинскому персоналу сельских поселений становится важным условием формирования эмоционального настроя на активное взаимодействие врача и больного во время приема, а также при проведении лечебных процедур. Эмоциональная поддержка характеризует отношение между людьми, которое направлено на создание системы взаимопонимания и согласования: для врача важно, чтобы пациенты приняли лечение и предлагаемые способы профилактики, а больные, в свою очередь, стремятся избавиться от болезни и поддерживать организм в здоровом состоянии.

Эмоциональная поддержка предстает как система позитивных ожиданий, надежд, укрепляющих чувственно-эмоциональное состояние человека, и, соответственно, человек, настроенный позитивно, выздоравливает быстрее. 52 % пациентов в нашем исследовании указали, что стремятся от медицинского работника получить эмоциональную поддержку, и только третья часть опрошенных получает ее в практиках взаимодействия со специалистами.

Для современных медицинских работников характерно эмоциональное выгорание: «Врачи и другие работники медицинской сферы находятся в особой группе риска в отношении развития синдрома эмоционального выгорания» [12]. Продолжительное воздействие стрессовых ситуаций на профессиональном поприще ведет к постепенному эмоциональному и когнитивному истощению, физическому и эмоциональному утомлению, что снижает степень удовлетворенности от работы, а также ведет к утрате сострадания и сочувствия к пациенту. Пациент на приеме хочет получить от специалиста надежду на выздоровление, которую медработник не рассматривает как значимую при реализации своих профессиональных функций.

Вопрос об эмпатии как профессиональном качестве подняли в своей работе Н.В. Майсак и С.И. Маджаева [13], которые полагают, что специализация врача оказывает влияние на отношение к пациенту и взаимодействию с ним. Д.А. Марченко-Тябут утверждает: «Наиболее неблагоприятная картина складывается у врачей-терапевтов. Особенности работы, дефицит времени в условиях амбулаторного приема, необходимость постоянного тесного контакта с больными и их семьями, ожидание и развитие неблагоприятных исходов у хронических больных, ощущение собственного бессилия перед лицом болезни приводят к развитию выраженных нарушений, характерных для формирования личностной тревоги» [14]. Именно врачи-терапевты осуществляют прием больных в сельских поселениях, и именно они попадают в «зону риска», связанного с синдромом «эмоционального выгорания».

Наличие эмоциональной усталости также становится барьером реализации пациент-центристского подхода во взаимодействии и может привести к ошибкам при диагностике заболевания и последующих назначениях. К сожалению, объективные статистические данные о врачебных ошибках в России и мире в целом отсутствуют. Главным основанием того, почему сбор этих данных затруднен, является проблематичность самого определения «врачебной ошибки».

В современной науке чаще всего считают, что врачебная ошибка – «следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей. Главное отличие ошибки от других дефектов врачебной деятельности заключается в исключении умышленных преступных действий – небрежности и халатности, а также невежества» [15]. По результатам нашего исследования, каждый пятый опрошенный пациент испытывает страх врачебной ошибки, который затрудняет воспроизводство и развитие партнерства во взаимодействии и становится преградой на пути реализации длительных устойчивых, основанных на доверии и уважении отношений.

Повышение ответственности медработника перед пациентом возможно, как отмечают западные исследователи [16; 17], при заключении специального договора (контракта), который формализует отношения между пациентом и врачом. Однако его заключение не входит в привычную схему взаимодействия сельского жителя с медицинским специалистом. Только каждый десятый пациент и каждый девятый медработник отметили позитивное действие контракта на характер взаимодействия между ними.

Мы полагаем, что в пациент-центристском подходе важен настрой пациента на принятие лечения и последующее здоровьесберегающее поведение. Так, по исследованиям Л.Е. Петровой и коллег [18. С. 134-147], опрошенные врачи г. Екатеринбурга используют в своей практике методы убеждения, когда наступает опасность отказа пациента от прохождения терапии. Зачастую дополнительная информация становится стимулом для включения стандартов и принципов здорового образа жизни в повседневные практики жителей села.

Умение убедить пациента в необходимости лечения и дальнейшей профилактики свидетельствует о высокой степени профессионализме медицинского работника. Материалы исследования свидетельствуют, что каждый десятый опрошенный считает, что медицинский работник является высококвалифицированным специалистом, предоставляющим ему медицинские услуги высокого качества. Следует отметить, что это – не экспертная оценка специалиста, а субъективные представления жителей села, не имеющих профессиональных знаний и компетенций. При этом авторитет врача-терапевта выше, чем у фельдшера, однако, численность фельдшеров превосходит число врачей, работающих на селе.

Результаты интервью с сельскими пациентами убедительно продемонстрировали, что представители старшего поколения (55 лет и старше) сравнивают современное здравоохранение с той системой, которая функционировала в Советском Союзе: зачастую нынешнее здравоохранение многоукладного типа (сочетание бюджетной системы со страхованием и наличием коммерческого сектора медицины) проигрывает советскому здравоохранению бюджетного типа. Главная проблема – это

коммерциализация государственного сектора российского здравоохранения. *«В государственных больницах становится больше платного, что должно быть бесплатным...»* (мужчина, 65 лет). Будет ли коммерциализация системы медицинского обслуживания способствовать развитию пациент-центристского подхода? С одной стороны, пациент всегда стремился обратиться к врачу, готовому его выслушать и оказать не только конкретные медицинские услуги, но и определить профилактические мероприятия, направленные на улучшение качества жизни и сохранение здоровья. Этому может способствовать платный прием, так как время, на него отводимое, значительно превышает стандартный прием, получаемый в государственной системе здравоохранения. С другой стороны, оппортунистическое поведение врача, связанное с информационной асимметрией [19. С. 45], может, наоборот, стать препятствием для становления и воспроизводства здоровьесберегающих практик.

Обсуждение

Отечественная социологическая наука длительное время фокусировала внимание на проблемах и институциональных противоречиях медицинского обслуживания в больших городах, где пациент имеет больше возможностей включения в нее и получения доступа к широкому спектру медицинских услуг. Российское же село находилось на периферии теоретических и эмпирических исследований.

Особый уклад и быт сельчан, система ценностей, а также традиции и обычаи, корнями уходящие как в земскую медицину, так и в наследие советского прошлого, оказывают значительное влияние на становление и развитие пациент-центристского подхода в медицинском обслуживании. Патерналистские ориентации и по сей день занимают лидирующие позиции и задают вектор развития всей системы сельского здравоохранения. Несмотря на рыночные принципы развития современного общества, медицинская помощь на селе воспроизводит представления и практики о ролях врачей и пациентов, в основе которых - авторитаризм медработника и полное подчинение ему больного.

В современных сельских условиях практически отсутствуют инструменты формирования культуры здоровьесбережения. В повседневной деятельности сельчанам требуется больше времени, чем городскому жителю, для решения бытовых вопросов. Оздоровительный досуг развит слабо, за специализированной медицинской помощью необходимо обращаться в городские медучреждения. Отсюда - снижается ориентация пациента на здоровый образ жизни и профилактику заболеваний.

Старение медицинских кадров на селе и представления молодых специалистов о временном характере своего места работы становятся барьерами более глубинного взаимодействия с пациентами, основу которого составляет не только лечение заболевания, но и поиск его причины и разработка превентивных мер, снижающих вероятность рецидива.

Различные государственные органы пытаются снять проблемы, связанные с предоставлением медицинской помощи: в стране проводят реформы, идет модернизация и реструктуризация системы медицинского обслуживания на селе, но, как показывают данные опросов сельского населения, их результаты неэффективны.

Мы полагаем, что современная российская система медицинского обслуживания тормозит переход от болезнь-центристской к пациент-центристской ориентации, несмотря на провозглашение новых стандартов и норм здорового образа жизни. Медицинский работник остается наставником для пациента и практически не участвует в формировании и воспроизводстве у него здоровьесберегающих практик. Материалы исследования показали, что ни пациенты, ни опрошенный нами медперсонал сельских поселений не готовы к принятию пациент-центристского подхода в системе медицинского обслуживания, руководствуясь патерналистскими принципами оказания медицинской помощи.

Выводы

Рыночные отношения привели к перестройке всей системы медицинского обслуживания, которая стала базироваться на бюджетно-страховых принципах. Получение медицинских услуг сегодня возможно только при условии наличия полиса обязательного медицинского страхования, тогда как в советской системе здравоохранения медицинское обслуживание, независимо от видов и форм медицинских услуг, оказывалось бесплатно для пациента. Если городской житель оперативно отреагировал на новый формат медицинских услуг, то сельские жители, в силу своей консервативности и воспроизводства традиций и обычаев, с трудом принимают новую систему, в которой высокотехнологичные виды медицинского обслуживания становятся зачастую недоступными.

Медицинские работники на селе – это в основном представители среднего и старшего поколений, успевшие начать профессиональную деятельность в системе государственного бюджетного медицинского обслуживания. Наблюдаются трудности в адаптации к новым отношениям с пациентами, которые диктует страховая медицина и рыночные отношения, в которых пациент трансформируется в клиента – заказчика медицинских услуг. Кроме того, доминирует идеология патернализма, уходящая корнями в земскую медицину. Пациент-центристский подход остается невостребованным как со стороны пациентов, так и медицинского персонала. Данный факт становится барьером развития здоровьесберегающих практик сельского жителя, формирования установки на здоровый образ жизни и мобилизацию собственных ресурсов, направленных на сохранение здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бавыкин М.В., Кукленко В.Г., Ремизова С.П. Опыт взаимодействия государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница с сельским муниципальным здравоохранением Челябинской области» // Вестн. Челябинской областной клинической больницы. 2011. № 3 (14). С. 5-7.
2. Жукова М.В. Анализ развития рынка платных медицинских услуг и ДМС в России // Изв. Тульского гос. ун-та. Экономические и юридические науки. 2012. №1-1. С. 414-423. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-razvitiya-rynka-platnyh-meditsinskih-uslug-i-dms-v-rossii> (дата обращения: 27.05.2017).
3. Паперная Г. Платные медицинские услуги // РБК+. 2016. № 9. С. 94-103.
4. Солодухина Д.П. Социологическая концепция медицинской помощи пациентам с хроническими терапевтическими заболеваниями: автореф. дис. ... докт. социол. наук. Волгоград, 2015. 23 с.
5. Шишкин С.В. и др. Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. Независимый институт социальной политики. М., 2007. 52 с.
6. Неврология: национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 1040 с.
7. Новости. Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru/> (дата посещения: 12.05.2017).
8. Численность населения по муниципальным образованиям. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce (дата посещения: 12.05.2017).
9. Nunes C.A.F. Готовность больного астмой к сотрудничеству с врачом // Астма. 2009. Т. 10. № 1. С. 37-39.
10. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // Вопр. современной педиатрии. 2012. Т. 11. № 6. С. 5-10.
11. Пьянзова Т. В. Вопросы взаимоотношений в диаде врач-пациент // Туберкулез и болезни легких. 2014. Т. 91. № 1. С. 3-7. URL: http://tubl-journal.com/wp-content/uploads/journals/2014/1/3_7_63da64af.pdf (дата обращения: 15.02.2017).
12. Силкина А.А., Саншюкова М.К., Сергеева Е.С. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом // Медицинские интернет-конференции. URL: <https://medconfer.com/node/4331.pdf> (дата посещения: 18.06.2017).
13. Майсак Н.В., Маджаева С.И. Девиативный медицинский дискурс как неэффективный стиль взаимодействия врача и пациента // Астраханский мед. журн. 2010. № 5. С. 133-137.
14. Марченко-Тябут Д.А. Личностная и реактивная тревожность у врачей различных специальностей // Медицина. 2005. № 2. С. 79-82.
15. Давыдовский И.В. Врачебные ошибки // Большая медицинская энциклопедия. М., 1928. Т. 5. С. 697-700.
16. Beisecker A.E. Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? // Health Communication. 1990. № 2. P. 105-122.
17. Thomasma D.C. Models of the Doctor-Patient Relationship and Ethics Committee: Part Two // Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1994. № 3. P. 10-26.
18. Коммуникация врача и пациента: прошлое, настоящее, будущее (исторический и медико-социологический анализ) / К.В. Кузьмин, Е.В. Семенова, Л.Е. Петрова, А.Г. Закроева; ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России. Екатеринбург: Изд-во УГМУ. 2016. 303 с.
19. Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. М.: 2003. 364 с.

Поступила в редакцию 10.09.17

N.L. Antonova, M.V. Kleymenov

PATIENT-CENTRIC APPROACH IN THE MEDICAL SERVICE SYSTEM OF RURAL AREAS

The article reveals the patient-centric approach in the medical service system of rural areas, the essence of which is that the target setting of a doctor becomes an orientation not only to rid the patient of a particular disease or to reduce its

symptoms, but also to include the patient into developing active practices of maintaining a healthy way of life, independent preservation and restoration of vital forces of his organism. The patient-centric approach in the medical service system leads to a new level of trust. The patient views the doctor as a specialist who is able to understand the combination of factors that affect both the occurrence of the disease itself and the means of overcoming it, as well as ensuring a long healthy state of the organism. Based on a survey of patients in Kurgan (n = 300) and Sverdlovsk regions (n = 300), as well as interviews with medical personnel working in rural areas (n = 16), the article states that the medical service system in rural areas reproduces ideology of paternalism that hinders implementation of the patient-centric approach. This is due to the reproduction and deepening of social inequality, the decrease in the availability of medical service to rural inhabitant, the lack of choice of doctor and medical institution, and the decrease in trust and respect for medical personnel. The length of medical worker's residence in the rural areas can become a factor in the formation of the patient-centric approach in the medical service system and serve the development of health-saving practices of rural inhabitants. The Russian modern medical service system hinders the transition from disease-centric to patient-centric orientation, despite the proclamation of new standards and norms for healthy lifestyle. The medical worker remains a mentor for the patient and practically does not participate in the development of culture of the health of rural inhabitant.

Keywords: doctors, medical service, patient-centric approach, patients, rural areas.

Антонова Наталья Леонидовна,
доктор социологических наук, доцент
кафедры прикладной социологии УрФУ
ФГАОУ ВО «Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н. Ельцина»
620002, Россия, Екатеринбург, ул. Мира, 19
E-mail: n-tata@mail.ru

Клейменов Михаил Вячеславович,
ассистент кафедры прикладной социологии УрГЭУ
ФГБОУ ВО «Уральский государственный
экономический университет»
620144, Россия, Екатеринбург,
ул. 8 Марта/Народной Воли, 62/45
E-mail: k-mihaell@mail.ru

Antonova N.L.,
Doctor of Sociology, Associate Professor
at Department of Applied Sociology
Ural Federal University
named after first President of Russia B.N. Yeltsin
Mira st., 19, Yekaterinburg, Russia, 620002
E-mail: n-tata@mail.ru

Kleymenov M.V.,
Assistant at Department of Applied Sociology
Ural State University of Economics
8 Marta/Narodnoy Voli st., 62/45, Yekaterinburg,
Russia, 620144
E-mail: k-mihaell@mail.ru