

Gydytojo–paciento santykiø sociologiniai ir etiniai aspektai

Raimundas Kaminskas,

Eimantas Peičius

*Kauno medicinos universitetas,
A. Mickevičiaus g. 9, LT-3000 Kaunas
Raimundas.Kaminskas@med.kmu.lt;
Eimantas.Peicius@med.kmu.lt*

Gydytojo–paciento santykiø analizė yra tarpdisciplininio pobūdžio ir apima humanitarinius (etikà/bioetikà), biomedicinos (visuomenės sveikatà) bei socialinius mokslus (sociologijà). Straipsnyje gydytojo–paciento santykiø problematika nagrinėjama teoriniu ir empiriniu požiūriu sociologijos ir bioetikos kontekste. Žiuolaikinėje sveikatos priežiūroje vyrauja naujas požiūris á gydytojo–paciento santykius: pacientai turėtø būti átraukiami á medicininiø sprendimø priėmimo procesà. Gydytojo–paciento santykiø bruožai iliustruojami sociologinės apklausos, atliktos Lietuvoje 2004 m. kovo 1–7 d., rezultatais. Daugiau negu pusė visø apklaustøjø, reprezentuojanėiø Lietuvos gyventojø nuomonà, bendrosios praktikos gydytojo bendravimà su pacientais vertina palankiai, taėiau nurodo, kad gydytojai per mažai atsilyvelgia á paciento materialines sàlygas ir asmeninio gyvenimo ypatumus. Dažniausiai bendrosios praktikos gydytojai taiko informacinà bendravimo su pacientais modelà, kai medicininius sprendimus priima gydytojas, pasitaræs ir informavæs pacientà apie gydymo prognozą, gydymo alternatyvas ir pan.

Raktažodžiai: gydytojo–paciento santykiai, pacientø dalyvavimas, medicininė sociologija, bioetika, sveikatos priežiūra

ÁVADAS

Šiandien Lietuvoje (kaip ir daugumoje Rytø bei Vidurio Europos daliø) vyksta gana sparti sveikatos priežiūros sistemos reforma, visuomenės modernizacija, kurios metu keičiasi gydytojo–paciento santykiai, iðryškėja sveikatos tiekėjø ir vartotojø kolektyviniai bei asmeniniai interesai, formuojasi nauji sveikatos profesionalø socialiniai tinklai ir socialiniai vaidmenys (Cockerham 2001; Morgan 2001). Pažymėtina, kad abipusiai geri gydytojø–pacientø santykiai yra sveikatos priežiūros sistemos reformos dalis, kadangi jø tarpusavio sàveika yra svarbus socialinis veiksnys atliekant ávairias gydymo konsultacijas, gyventojø sveikatos stebėsenà ir visuomenės sveikatos ðvietimà (Grabauskas 2000, Brody 1997).

Gydytojø–pacientø santykiø analizė yra tarpdisciplininio pobūdžio ir apima humanitarinius (medicininę etikà/bioetikà), biomedicinos (visuomenės sveikatà) bei socialinius mokslus (medicininę sociologijà) (Zussman 1997; Sugarmann, Sulmasy 2001).

Lietuvoje kol kas trūksta iðsamiejø gydytojø–pacientø sàveikos studiejø medicininės sociologijos ir bioetikos kontekste, vis dar stokojama informacijos apie gydytojo ir paciento santykiø socialinius bruo-

žus, jø poveikà tam tikriems medicininiams sprendimams, sveikatos profesionalø ir vartotojø nuomonei apie pacientø pilietinà dalyvavimà, gydytojø ir pacientø asocijuotø interesø grupiø poveikà sveikatos politikos formavimui bei ágyvendinimui ir pan. (Cockerham 2001; Demaitaitis ir kt. 2004). Tokio pobūdžio tyrimø svarbà parodo kitose ðalyse (ypaė Vakarø) atliktø tyrimø rezultatai, kurie atskleidžia, kad sociologinė pacientø dalyvavimo analizė ne tik pateikia priemones identifikuoti pacientø ir gydytojø sàveikos bruožus, bet ir suteikia socialinės informacijos apie realias visuomenės sveikatos rodikliø (pa)gerinimo galimybes, sveikatos priežiūros profesionalø profesinės etikos principø ágyvendinimà ir pan. (Resnik 2001; Rosen et al. 2001; Cooper-Patrick et al. 1999). Vienas pagrindiniø medicininės sociologijos tyrimo tikslø yra suprasti/apraðyti, paaiškinti, ávertinti ir prognozuoti su sveikata ir su medicina susijusius socialinius reiškinius ávairiuose visuomenės analizės lygmenyse. Šiame straipsnyje analizuojamas tyrimo objektas – gydytojo–paciento tarpusavio santykiai.

Šio straipsnio tikslas yra apraðomojo pobūdžio – aptarti gydytojo–paciento santykiø teorinà kontekstà ir, iliustruojant sociologinio tyrimo, atlikto Lietuvoje, rezultatais, ávertinti šiø santykiø praktinius aspektus.

SOCIOLOGINIAI ASPEKTAI GYDYTOJO–PACIENTO SANTYKIŲ ANALIZĖJE

Gydytojo–paciento santykiai teoriniame sociologijos kontekste paprastai yra nagrinėjami socialinių vaidmenų, profesionalizacijos, lyčių santykių, racionalaus pasirinkimo, komunikacijos bei socialinės kaitos ir informacinių technologijų aspektais.

Socialinių vaidmenų aspektas. Pirmasis sociologas, atkreipęs dėmesį į gydytojo–paciento santykius, T. Parsonsas rėmėsi struktūrinio funkcionalizmo perspektyva, kuri apie du dešimtmečius vyravo medicininėje sociologijoje. Veikale „Socialinė sistema“ (1951) T. Parsonsas pateikia medicinos funkcionavimo socialinę analizę, kurioje ligą traktuoja kaip vieną iš socialinės deviacijos formų, o sveikatos priežiūros sistemai priskiria socialinės kontrolės funkcijas palaikyti socialinę pusiausvyrą/tvarką. T. Parsono požiūriu gydytojo ir paciento/sergančiojo socialiniai vaidmenys yra asimetriški, bet funkciškai susiję. Sergančiojo socialinė vaidmenė (sick-role) T. Parsonsas apibūdina keturiais negatyviais požymiais:

- 1) sergantis neatsakingas už savo ligą, nes jis negali jos kontroliuoti;
- 2) sergantis yra atleidžiamas nuo aprastų pareigų ar socialinių vaidmenų;
- 3) sergantis turi stengtis pasveikti, nes liga yra nepageidaujama, o jo atleidimas nuo aprastinės socialinės atsakomybės yra laikinas;
- 4) sergantis turi ieškoti profesionalios pagalbos bendradarbiaujant su gydytoju.

Tokia sociologinė interpretacija iš dalies paaiškina institucionalizuotus ir funkciškai susietus gydytojo–paciento socialinius vaidmenis šiuolaikinėje visuomenėje, kurioje gydytojas yra neutralus pacientų atpildytojas (svarbiausia yra jo profesionalumas).

Profesionalizacijos aspektas. Sociologas E. Freidson analizuoja profesinę galią, kuri gydytojo–paciento santykiuose atsiranda dėl profesinės sistemos ir plėtos visuomenės susidūrimo. Profesionalizacija gydytojams suteikia monopolą formuoti sveikatos ir ligos apibrėžimus bei galią kontroliuoti situaciją. Kartais ši kontrolė peržengia medicininės kompetencijos ribas ir pereina į organizacijos valdymo, sveikatos priežiūros finansavimo ar kitas sritis, nesusijusias su medicina, todėl vyksta depersonalizacija paciento atpildytoju. Išskirtini šie profesinės galios pavyzdžiai: pirmenybė skiriama intervencinėms procedūroms, sureikšminamas medicinos technologijų vaidmuo, pacientų nuomonės vertinamos kaip subjektyvios (t. y. neturinės vertės, neadomos). Šie socialiniai santykiai suteikia daug galios gydytojui ir mažai autonomijos pacientui.

Profesinės galios sampratą palaiko ir konflikto teorijos šalininkai, kurie akcentuoja kapitalistinio teksto poveikį gydytojo–paciento santykiams. Jungtinėse Amerikos Valstijose šie santykiai yra sąlygojami „medicininės pramonės“. Maksimalaus pelno

siekimas skatina technologijų naujoves, tačiau tai taip pat varžo gydytojo–pacientų santykius.

Lyčių santykių aspektas. Feminizmo teorinėje perspektyvoje akcentuojama vyro gydytojo ir moters pacientės santykių analizė, kuri sudaro silpną organizmą turinčios moters, kurią reikia nuolatos gydyti, portretą (Ehrenreich and English 1972, 1973, 1978; Arms 1975; Scully 1980; Mendelsohn 1981; Shorter 1983; Corea 1984; Fisher 1986; Martin 1987; Todd 1989). Kiti tyrinėtojai (Walsh 1977; Levitt 1977; Achterberg 1991) moterų atskyrimą nuo medicinos pagrindžia istoriškai ir akcentuoja staigų moterų gydytojų skaičiaus augimą su besikeičiančiais santykių modeliais. Pabrėžiamos tendencijos, kad moters gydytojos dažniausiai dirba pirminėje sveikatos priežiūroje, kuri mažai apmokama, tuo tarpu visuomenėje labiau vertinami specialistai bei dirbantys privačiame sektoriuje – vyrai. Kita vertus, pavyzdžiui, Lietuvos visuomenėje vyrauja vieša nuomonė, kad moters geriau bendrauja su savo pacientais ir yra empatiškesnės jų atpildytoju. Feministinė perspektyva tampa viena esminių konceptualinių prielaidų keičiant gydytojo–paciento santykių hierarchiją ir institucionalizuojant pacientų teises Vakarų visuomenėse.

Racionalaus pasirinkimo aspektas. XX a. pabaigoje kaštų krizė ir ekonomikos ūška sveikatai, t. y. medicinos liberalizavimas, gydytojo–pacientų santykiuose atveria kelią „racionalaus pasirinkimo“ teorijai. Racionalaus pasirinkimo teorijos atstovai daugiausia dėmesio skiria veiksmingumui (angl. – efficiency), kuris turėtų reikšti didžiausią abipusę naudą tiek paslaugų teikėjui, tiek vartotojui (arba gydytojui ir pacientui). Sveikatos priežiūroje veiksmingumas priklauso nuo sveikatos draudimo ir išlaidų kompensavimo mechanizmų, t. y. nuo to, kaip efektyviai ir racionaliai elgiasi gydytojas ir, kita vertus, kaip dažnai yra naudojamos jo paslaugomis. Pažymėtina, kad gydytojo elgsenai didelė ūška turi skirtinga sveikatos priežiūros paslaugų apmokėjimo tvarka, pvz., be sveikatos draudimo ne visi pacientai gali patekti pas gydytoją, o ir patekusį jį priežiūra yra kur kas mažiau efektyvesnė (Contandriopoulos 2004). Taigi egzistuoja tam tikrų gydytojų požiūris pervertinti paciento poreikius arba tiesiog juos dirbtinai sukurti ar išryškinti, o visa tai gali vesti prie tikrų pacientų poreikių ignoravimo vardan finansinių interesų.

Komunikacijos aspektas. Rinkos dėsnių įsigalėjimas sveikatos priežiūroje yra svarbus socialinis faktas analizuojant gydytojo–paciento santykius, kur komunikacijos paskirtis yra patenkinti paciento lūkesčius. Tyrimai rodo, kad pacientai vertina lygiateisį bendravimą su gydytoju – klausant, klausiant, atsakant, aiškinantis ir kitaip bendraujant jiems prieinama forma ir suteikiant patiems galimybes dalyvauti priimant darinius poveikį jį sveikatai sprendimus. Gydytojui tinkamai bendraujant su pacientu, medicininės priežiūros metu, galima gerokai sumažinti ar net eliminuoti psichosomatinius simptomus, greičiau gauti ligonio su-

tikimą ar padėti jam laikytis tam tikro režimo ir tikėtis geresniū klinikiniū rezultatū.

Socialinės kaitos ir informacinių technologijų aspektas. Viena socialinės kaitos apraiškū yra informacinių ir telekomunikacinių technologijų (telemedicinos) taikymas sveikatos priežiūros sistemoje. Tyrinėtojai mano, kad interneto taikymas sveikatos priežiūroje ið esmės keičia gydytojo socialinā vaidmenā. Gydytojas gali konsultuoti pacientus elektroniniu paštu, garsiniu ir vaizdiniu būdu ar per duomenū bazes internete (pvz., konsultuojantis dėl tolimesnės gydymo eigos ar užsakant tam tikrus vaistus ar receptus jiems gauti). Pacientai gali gauti informacijos apie jū sveikatos priežiūrā tiesiogiai ið savo asmeninio kompiuterio, todėl apsilankymas pas gydytoją gali tapti vis mažiau svarbus. Kita vertus, gydytojai patys gali gauti ir panaudoti klinikinę informacijā ið „on-line“ apie naujas procedūras, stebint sergančiojo ligos istorijā. Pacientams rūpimi klausimai gali būti nagrinėjami virtualioje erdvėje, todėl asmeninius socialiai jautrius santykius, reikalaujančius daug laiko ir pastangū (prieinamumo pas gydytoją požiūriu), keičia formalesnės užklausos ar mainai konkrečia medicinine informacija.

Nors telemedicina yra veiksmingas žrankis, kuris naujū informacinių ir telekomunikacinių technologijų taikymā tarp tiekėjo/gydytojo ir paslaugū vartotojo/paciento pavertė sveikatos priežiūros sistemos dalimi, tačiau nauji gydytojo ir paciento bendravimo bruožai iðkelia etines konfidencialumo, informacijos tikslumo bei patikimumo problemas.

GYDYTOJO–PACIENTO SANTYKIŲ ETINIAI YPATUMAI IR MODELIAI

Medicinoje nuo Hipokrato laikū kertine vertybe buvo paciento sveikatos išsaugojimas: *salus aegroti – suprema lex esto*¹. Istoriškai konvencinėje medicinoje egzistavo vienintelis būdas gydyti ligā arba paprastai vyravo vienas požiūris ā terapinės problemos sprendimā.

Vadovaujantis Hipokrato etikos principais, gydytojas rūpinosi paciento gerove ir jo interesais, tačiau paprastai ā paciento valią ar nuomonę nebuvo atsišvelgiama, o paciento vaidmuo buvo minimalus². Iki pat XX a. vidurio vyravo nuostata, kad medicinos specialistas, ypač gydytojas, geriau nei bet kas kitas žino, kas yra jo pacientui geriausia, todėl siekia jo sveikatos, neatsišvelgdamas ā paties paciento valią.

Biomedicinos mokslū pažanga ir sveikatos priežiūros modernizacija suteikia vis daugiau gydymo alternatyvū ir racionalaus pasirinkimo galimybiū, todėl auga poreikis daugiau bendrauti su pačiu pacientu ir atsišvelgti ā jo lūkesčius. Taip atsiranda atšamos laukas tarp paciento autonomijos ir naudos paciento ge-

rovei, kurios kriterijus paprastai nustato kompetentingas sveikatos profesionalas, bet ne jis pats.

Etiniu požiūriu gydytojo–paciento santykiai, kaip ir bet kuri socialinės sąveikos forma, suponuoja bendrus siekius ir bendras vertybines nuostatas ir ið esmės yra orientuota ā bendradarbiavimā, bet ne ā konfliktā. Nors gydytojo ir paciento socialiniai vaidmenys gali tiesiog prieštarauti vienas kitam arba tiesiog neatitikti sąveikoje dalyvaujančio individo interesū, tačiau ir gydytoją, ir pacientā tai āpareigoja laikytis tam tikrū moralinių normū, kurios medicinos etikoje yra universalios ir galiojančios visiems vienodai (Annandale, Hunt 1998; Levinson et al. 2001). Sveikatos priežiūroje, kaip pakankamai specifinėje socialinėje aplinkoje, gydytojo–paciento (arba, plačiąja prasme, sveikatos priežiūros paslaugū teikėjo ir sveikatos priežiūros paslaugū vartotojo) sąveikos pobūdis gali būti ypač svarbus siekiant pačios medicinos ir sveikatos priežiūros tikslū.

Taiči etiniu požiūriu, aptariant gydytojo–paciento santykiū aspektus, yra svarbi ne tik sąveika ir jos pobūdis, bet ir patys tame procese dalyvaujantys socialiniai veikėjai. Medicinos etikos teorinė perspektyva ið esmės remiasi individo laisvės pripažinimu, kuris etiniu požiūriu yra formuluojamas kaip pagarba kiekvienam asmeniui arba pagarba asmens autonomiškumui, t. y. teisei apsispręsti pačiam (Ten Have et al. 2003). Tai reikiā, kad gydytojas turėtų ne tik gydyti pacientā, bet ir atsišvelgti ā subjektyvias paciento vertybes, troškimus ar emocijas. Taiči ūiuolaikinėje sveikatos priežiūroje atsiranda naujas požiūris ā gydytojo–paciento santykius: ātraukti patā pacientā ā sprendimū priėmimo procesā ir leisti jam būti tiesioginiu gydymo ar sveikatos išsaugojimo dalyviu.

Tačiau gydytojo ir paciento santykiai yra pernelyg problemiški, nevienareikšmiai ir ambivalentiški. Tiek socialinių ir humanitarinių, tiek biomedicinos mokslū atstovai diskutuoja dėl gydytojo ir paciento santykiū hierarchijos ir etiškai pagrāsto jū vaidmenū pasiskirstymo. Kiek ir koku lygiu pacientai turėtų dalyvauti medicininių sprendimū priėmime? Kokios turėtų būti gydytojo ir paciento bendravimo normos, kad nebūtū pažeisti nei vienos pusės interesai? Kada ir kokiā medicininė informacijā sveikatos profesionalai turėtų pateikti ar nepateikti savo pacientams? Ar sveikatos profesionalai turėtų sakyti tiesā, jei, pavyzdžiui, pacientui tai yra „blogos naujienos“?

Analizuojant gydytojo–paciento santykiū problematikā, yra išskiriami tam tikri gydytojo–paciento sąveikos modeliai.

Paternalistinis modelis. Paternalizmas susiformuoja ten, kur āsigali asimetrinė socialinė priklausomybė, ypatingas autoritetas, t. y. politikoje – valdžia reguliuoti ir spręsti piliečių gyvenimā; medicinoje – galia atstatyti sveikatā, išsaugoti gyvybę; vadyboje – vertikalūs santykiai tarp vadovo ir pavaldinio; ūeimoje – vaiko priklausomybė nuo tėvū. Manoma, kad gydytojas žino, kas geriausia pacientui, nes tik gydytojas

¹ Praktinės medicinos etika. Medicinos disciplinū spektras. Vilnius, Piburio leidykla, 1997.

² Pemaitis. Hipokrato etika. Ethos, Vilnius, 1995.

(ar kitas specialistas) priima sprendimus ir su jais susijusius šaipareigojimus, nes tik gydytojas turi reikiamą žinią, patirties ir tam reikalingą socialinį statusą (padėti sergančiam). Be to, tradicinėje Vakarų kultūroje ilgą laiką vyravo nuomonė, kad tik gydytojo vaidmuo – gydyti, padėti, todėl gydytojas yra vienintelis paciento interesų atstovas, nes tik jis gali nustatyti, kas *naudinga/palinga* pacientui.

Paternalistiniu požiūriu, pacientas yra traktuojamas kaip nepajėgus dalyvauti, prisidėti prie sprendimų priėmimo dėl žinių stokos, subjektyvumo (pvz., dėl ligos), socialinio statuso. Pacientas neturi poveikio sprendimams, todėl gydytojas su juo bendrauja tiek, kiek jam atrodo reikalinga. Iš paciento reikalaujama visiškai paklusimo, lojalumo, gydytojo nurodymų besąlygiško vykdymo ir pasyvumo (ėia aktyvumas būtų kaip trukdymas).

Pabrėžiamas patrono–kliento santykis, kuris kartais išreiškia siaurus profesinius (medikų) interesus, bet ne platesnius kolektyvinius interesus (galimas interesų konfliktas). Pacientų teisės yra minimalios ir formalios – pacientai neturi pasirinkimo, jo norų, vertybių ir lūkesėių yra paisoma tiek, kiek jie netrukdo gydytojo siekiamam (pvz., žinoti tiesą apie ligą priklausomai nuo gydytojo pareigų, valios ar vertybių). Paternalistinis santykių modelis neatsižvelgia į pacientų poreikių pokyčius, kainų augimą, profesinių normų krizę, taip pat į reikalavimus aiškiau išreikšti šaipareigojimus pacientams ir tarpininkams–mokėtojams (fondai, kasos), į žmogaus teises ir gydytojo kontrolės legitimaciją.

Informuoto sutikimo ir konsiumerizmo modelis. XX a. pabaigoje šigali informuoto sutikimo modelis, kur gydytojo–paciento santykiuose aiškiai vaidmenų pasiskirstymas: gydytojo vaidmuo – patarėjas konsultantas ar informacijos teikėjas, kai paciento – sąmoningas medicininės informacijos interpretatorius. Pacientas turi atakos sprendimams gydymo procese, todėl gydytojas su pacientu bendrauja tiek, kiek numatyta sutartyje (informuoja, konsultuoja, tiek, kiek klausia pacientas); jei pacientas sutinka, sprendimo galia perduodama gydytojui, bet galutinis žodis priklauso pacientui. Pagal šią modelį, gydytojas informuoja – perteikia reikiamas žinias pacientui pagal iš anksto sutartą schemą, t. y. tiek, kiek yra priimtina pacientui, gydytojo vaidmuo yra vertybiškai neutralus ir profesionalizuotesnis. Panašiai traktuojami gydytojo–paciento santykiai ir vartotojiško modelio perspektyvoje, tik ėia pacientui yra suteikiama dar daugiau laisvės ir galios priimti sprendimus paėiam. Nepaisant to, kad minėtuose modeliuose gydytojo ir paciento teisės bei pareigos yra aiškiai apibrėžtos, vienas didžiausių priekaidų tokiam santykių tipui – galima medicininė paslaugų komercializacija. Gydytojo profesija negali būti vertybiškai neutrali, vaidmenų pasiskirstymas neveda į bendradarbiavimą, visa (ir pernelyg didelė) atsakomybė tenka tik pacientui; gydytojas negali atsiriboti nuo sprendimų, nes jie gali

būti neracionalūs, gydytojas gali atsisakyti „nenaudingų“, netinkamų pacientų.

Partnerystės (abipusio dalyvavimo) modelis. Pacientų dalyvavimo sąvokos turinys sudaro partnerišką gydytojo–paciento santykių modelio pagrindą. Pacientų dalyvavimo (dar kartais vadinamos partnerystės) teorinis modelis remiasi prielaida, kad pacientai nori aktyvaus vaidmens ž sveikatos priežiūroje ir jiems tai yra naudinga (Cahill 1998). Pacientui dalyvauiant sprendimo priėmimo procese labai svarbus yra vertybių orientacijų sveikatos atžvilgiu keitimasis ir savitarpio supratimas. Remiantis pacientų dalyvavimo modeliu, nei gydytojas, nei kitas sveikatos profesionalas nepretenduoja žinoti „kas geriau pacientui“ neatsižvelgus į jo paėio nuomonę. Sveikatos profesionalų uždutis ėia – ne tik gydyti, bet ir sužinoti paciento prioritetus su juo bendrauiant, diskutuojant ar tariantis. Todėl pacientų dalyvavimo modelis dažnai yra taikomas analizuojant gydytojo ir paciento sąveikos bruožus.

Vienas svarbiausių šio modelio privalumų – tai paciento požiūrio ar jo supratimo lygmens ėvertinimas. Diskusijų ar galimo gydymo plano aptarimo metu paaiškėja paciento kompetencijos lygmuo, nors neretai pacientai visą sprendimo teisę palieka gydytojui, o svarstymai atima daug laiko bei reikalauja papildomų bendravimo ėgūdžių iš gydytojų. Nepaisant to, paciento atitraukimas į profesionalią diskusiją gali būti svarbus kultūrinis požiūris, nes sveikata priklauso ne tik nuo medicininė veiksnė.

Teoriškai pacientų dalyvavimo modelis turėtų užitikinti didesnį paciento pasitikėjimą sveikatos profesionalu, pasitenkinimą suteikiamomis paslaugomis ir pakelti paties paciento sąmoningumo lygmenį sveikatos išsaugojimo požiūriu. Naujausi sociologiniai ir bioetikos tyrimai Vakarų ėalyse rodo, kad labiau išimokslinė pacientai tikisi gauti daugiau medicininės informacijos ir savo pasitenkinimą sveikatos priežiūra sieja ne tik su gydymo padariniais, bet ir su elgesio kultūra (Rosen et al. 2001; Cooper-Patrick et al. 1999).

GYDYTOJO–PACIENTO SANTYKIAI LIETUVOJE: SOCIOLOGINIO TYRIMO METODIKA IR REZULTATAI

Tyrimo atranka ir metodai. 2004 m. kovo 1–7 d. buvo surengta reprezentacinė Lietuvos gyventojų (18 metų ir vyresnių) sociologinė apklausa (N = 1007). Apklausa buvo siekiama išsiaiškinti respondentų požiūrą į savo sveikatą, sveikatos apsaugos ėstaigas, ž darbą, gydytojo–paciento santykius pirminėje sveikatos priežiūroje. Sociologinį tyrimą standartizuoto interviu metodu atliko visuomenės nuomonės ir tyrimų centras „Vilmorus“ respondentų namuose. Tirtųjų kontingentas buvo atrinktas daugiapakopės (klasterinės) atsitiktinės atrankos metodu. Respondentų atranka parengta taip, kad kiekvienas Lietuvos gyven-

1 lentelė. Bendrosios praktikos gydytojo suteikiama medicininė informacija konsultacijø metu (N = 1007) %

Ar Jūsø bendrosios praktikos (ėeimos) gydytojas suteikia Jums pakankamas ir Jums suprantamas informacijos apie:	Visada	Dažniausiai	Kartais	Niekada
Jūsø ligos diagnozė	44	34	14	4
Jūsø ligos gydymo(-si) alternatyvas (tarp jø ir nesigydomà kaip alternatyvà) bei su jomis susijusią rizikà	27	35	22	13
Jūsø ligos gydymo planà, galimas jo alternatyvas bei su jomis susijusią rizikà	26	32	26	12
Gydymo trukmė	30	35	19	11
Gydymo prognozė	29	37	18	11
Vartojamø vaistø poveikà ir galimà rizikà	33	29	19	15
Medicininio procedūro eigà, poveikà ir galimà rizikà	27	31	23	15
Jūsø medicininio tyrimø duomenis	41	34	15	7
Árađus Jūsø ligos istorijoje (ambulatorinėje knygelėje)	20	21	34	4

2 lentelė. Etiniai ėeimos (bendrosios praktikos) gydytojo–paciento sàveikos aspektai (N = 1007) %

Ar jūsø ėeimos (bendrosios praktikos) gydytoja/-as:	Visada	Dažniausiai	Kartais	Niekada	Neatsakė
Iðklausø visus Jūsø nusiskundimus dël Jūsø sveikatos	64	24	6	3	3
Atsiþvelgia á Jūsø nuomonæ ir pastabas	40	33	20	5	2
Paklausia, ar tiksliai supratote tai, kà jis/ji pasakė apie Jūsø sveikatà	34	27	22	14	3
Verėia Jus laukti (pvz., kalbasi telefonu)	3	6	35	53	3
Kalba apie Jūsø sveikatos bŭklæ girdint paðaliniam asmenim (pvz., kitiems pacientams)	2	2	14	79	3
Prieð skirdamas vaistus, procedūras ir pan. iðsiaiðkina materialines Jūsø gyvenimo sàlygas (pvz., ar galėsite sumokėti uþ skiriamus vaistus, procedūras ir pan.)	22	22	20	33	3
Prieð skirdamas vaistus, procedūras ir pan. iðsiaiðkina Jūsø gyvenimo ypatumus, susijusius su vaistø vartojimo, procedūro atlikimo galimybėmis (pvz., darbo pobūdà, grafikà, gyvenamàjà vietà)	23	24	20	30	3

tojas turėto vienodà tikimybæ bŭti apklaustas. Tyrimo instrumentà – standartizuotà klausimynà ið viso sudarė 69 uþdaro pobūdžio klausimai, skirti sukaupti socialinius duomenis apie respondentø socialines charakteristikas, vertybines orientacijas, nuomones bei elgesio modelius. Klausimynas sudarytas Socialinio tyrimø instituto mokslininkø bei ðio straipsnio autorio, atsiþvelgiant á panaðio tyrimø patirtà uþsienyje.

Šiame straipsnyje naudojami tik tam tikri pacientø vaidmenà ir jø dalyvavimà sveikatos prieþiūros procese apibūdinantys ypatumai, kurie sudaro tik dalà

atlikto tyrimo duomenø bazės rezultatø. Duomenø analizė atlikta naudojant kompiuterinės statistinės analizės paketà *SPSS for Windows 10c*.

Tyrimo rezultatai. Gyventojø apklausos duomenys atskleidžia pacientø informuotumo apie ligos diagnozæ, medicininio tyrimø duomenis, vaistø poveikà ir galimà rizikà, gydymo trukmæ bei ligos gydymo(-si) alternatyvas, lygmenis.

Apklausos duomenimis, bendrosios praktikos (šeimos) gydytojas (toliau – BPG) *visada* suteikia pakankamas ir suprantamas informacijos apie: ligos

diagnozė – beveik kas antram respondentui (44%); medicininio tyrimo duomenis (41%); vartojamų vaistų poveiką ir galimą riziką (33%). Tyrimo duomenys rodo, kad pajamų dydis neatsiliepia žinių apie vartojamų vaistų poveiką ir galimą riziką vertinimui.

Respondentų teigiamai įvertinta informacija apie: gydymo trukmę – *visada* ją gauna trečdalis (30%) respondentų ir beveik kas ketvirtas (35%) – *dažniausiai*; ligos gydymo(-si) alternatyvas bei su jomis susijusią riziką – *visada* ją gauna beveik trečdalis (26%) respondentų ir beveik kas trečias (36%) – *dažniausiai*.

Šie rezultatai leidžia teigti, kad dauguma pas savo bendrosios praktikos gydytoją besilankančių pacientų tikisi ir gauna kuo daugiau įvairios medicininės informacijos apie savo sveikatą ir jos išsaugojimo perspektyvas. Tikėtina, kad pacientų siekis žinoti savo ligos diagnozę, gydymosi alternatyvas, vartojamų vaistų poveiką ir kitą medicininę informaciją yra susijęs su besikeičiančiu pacientų požiūriu į gydytoją ir paciento santykius.

Remiantis 2 lentelėje pateiktais duomenimis, didžioji dauguma (88%) respondentų nurodo, kad visada arba dažniausiai yra gydytojo išklausomi, dauguma (73%) mano, kad ir jų nuomonę šeimos (bendrosios praktikos) gydytojas atsišvelgia. Tačiau beveik kas trečias (36%) respondentas nurodė, kad per konsultacijas ar vizitą BPG dažniausiai nesidomi, ar pacientas aiškiai suprato nurodymus. BPG ir Lietuvos gyventojų pacientų bendravimą apskundina tai, kad skiriant gydymo planą ar reikiamus gydymui vaistus, ne visada atsišvelgiama ir pacientų finansines galimybes. Respondentų nuomonės, ar gydytojas atsišvelgia ir jų materialines sąlygas, pasiskirstė beveik tolygiai – beveik ketvirtadalis (22%) teigia, jog BPG *visada* atsišvelgia ir jų materialines sąlygas, tiek pat (22%) mano, kad atsišvelgiama *dažniausiai*; kad niekada neatsišvelgia, teigia trečdalis (33%) respondentų, o kas penktas (20%) apklaustasis mano, kad atsišvelgia tik *kartais*.

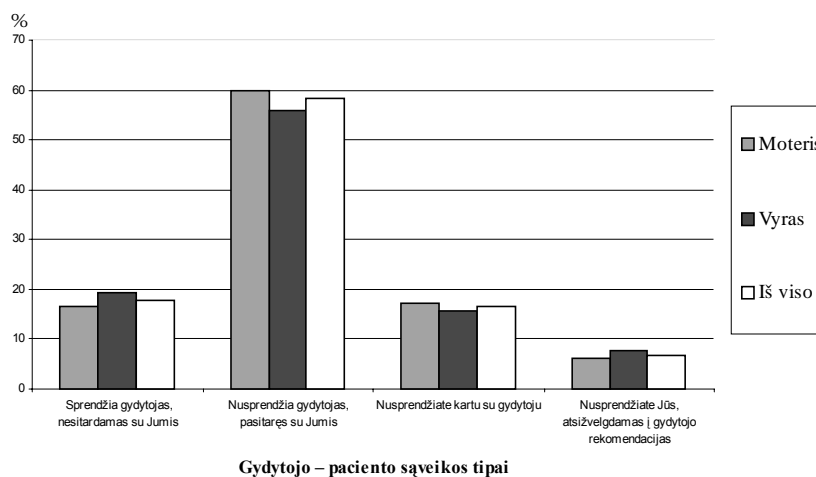
Palyginus su kitais gydytojo–paciento santykių modeliais, daugiausia respondentų, beveik pusė (47%), nurodė, kad jiems, bendraujant su savo bendrosios praktikos gydytoju priimtinausias yra vadinamasis informavimo (informuoto sutikimo) modelis, kai sprendžia gydytojas, atsišvelgęs ir paciento valią. Šio gydytojo ir paciento santykių modelio labiausiai pageidauja vyresni negu 56 metų respondentai – 53% jų mano, kad su jų sveikata susijusius sprendimus turi daryti gydytojas, tačiau atsišvelgęs ir jų valią.

Pacientų dalyvavimo modeliui yra linkęs pritari dažniau nei kas trečias (37,3%) respondentas, tarp jų vidutinio amžiaus (35–44 metų) respondentai –

46% mano, kad geriausiai jų kaip pacientų vaidmenį atspindi tokie santykiai, kai gydytojas ir pacientas kartu, kolegialiai sprendžia gydymo reikalus.

Paternalistiną santykių modelį kaip priimtinausią dažniausiai nurodė beveik kas penktas (18%) apklaustasis dalyvis, tarp jų vidurinio išsilavinimo neturintys respondentai (15%) ir vyresni negu 70 metų respondentai (15%), nedirbantys pensininkai (14%), bedarbiai (14%) bei turintys (19%) vidutines (601–1000 litų) pajamas.

Konsumeristiniam, t. y. paciento kaip sveikatos priežiūros paslaugų vartotojo vaidmeniui, kai sprendžia pats pacientas, atsišvelgęs ir gydytojo nuomonę, pritarė tik mažuma (5,2%) visų apklaustųjų, tarp kurių 13% didžiausias pajamas (per 1500 litų) turinčių respondentų. Kitos respondentų charakteristikos pageidaujamo gydytojo ir paciento modelio pasirinkimui reikšmės neturėjo.



Pav. Gydytojo–paciento sąveika, priimant medicininius sprendimus pirminėje sveikatos priežiūroje

Atsakydami ir klausimą „Kaip dažniausiai yra priimami Jūsų sveikatos priežiūros sprendimai?“, respondentai turėjo nurodyti, koką faktinį vaidmenį jie dažniausiai atlieka per konsultacijas pas BPG. Tyrimo duomenys rodo, kad respondentų lūkesčiai iš dalies patenkinami, nes dažniausiai (58% visų atvejų) sprendimus priima BPG, prieš tai pasitaręs su savo pacientais. Kiek mažiau patenkinami lūkesčiai tų respondentų, kurie pageidauja aktyviau dalyvauti priimant medicininius sprendimus. Tik 17% apklaustųjų nurodė, kad dažniausiai jie sprendžia kartu su savo gydytoju kaip lygūs partneriai. Daug tiek dažniau, negu norėtų pacientai per konsultacijas, BPG sprendžia patys, nesitarė su pacientais. Tik 8% nurodė, kad sprendžia patys, pasitarė su savo gydytoju, kurių daugumą (80%) sudaro jaunesnio amžiaus žmonės.

Penktadalis (22%) turinčiųjų aukštąją arba nebaigtą aukštąją išsilavinimą nurodė, kad konsultacijų metu jie su gydytoju sprendžia, kaip gydytis, tačiau 17% aukštąją ir nebaigtą aukštąją išsilavinimą turinčių žmonių nurodė, kad gydytojas nusprendžia pats vienas. Paternalistiną sprendimų priėmimo modelį konsulta-

cijų metu dažniausiai (27%) nurodė vyriausi pensinio amžiaus respondentai.

ĮVADOS

1. Besikeičiančioje visuomenėje gydytojo–paciento santykiai tampa sudėtinga socialinės sąveikos forma, kurios analizei reikalingas ir sociologinis – etinis vertinimas. Skirtingi gydytojo–paciento bendravimo modeliai gali turėti įtaką paciento klinicinei būklei ir sveikatos pagerėjimui gydymo metu. Nors bendraujant tarp gydytojo ir paciento iškyla konfidencialumo, informacijos tikslumo bei patikimumo problemos, tačiau diuolai kinės sveikatos politikos strategijos tyrinėtojai šiai dilemai spręsti siūlo aktyvesnio pacientų dalyvavimo priimančių medicininius sprendimus modelį.

2. Apklaustos rezultatai rodo, kad daugiau negu pusė visų apklaustųjų, reprezentuojančių Lietuvos gyventojų nuomonę, BPG bendravimą su pacientais vertina palankiai. Gydytojai paprastai gerbia konsultuojamus pacientus, t. y. juos išklauso, atsižvelgia į jų nuomonę, nekalba apie jų sveikatos problemas esant pašaliniam asmeniui ir neverčia be priepasties laukti. Pusė apklaustųjų mano, kad skirdami gydymą (pvz., vaistus, procedūras ir pan.) gydytojai neišsiaiškina pacientų materialinių sąlygų ar gyvenimo būdo ypatumų, kurie lemia gydymo priemonių taikymą ir poveikį. Ignoruojamos finansinės pacientų galimybės ir neišsakyti asmeninio gyvenimo ypatumai (pvz., darbo pobūdis, gyvenamoji vieta ar pan.) gali sukelti konfliktus tarp bendrosios praktikos gydytojo ir paciento. Šios nesupratimų ateityje galima išvengti, daugiau diskutuojant ir aptariant finansinius ar kitus pacientui svarbius gydymo klausimus, net jei medicininiu požiūriu jie yra šalutiniai.

3. Remiantis apklaustos rezultatais, pažymėtina, kad dažniausiai BPG taiko informaciną bendravimo su pacientais modelį, kai medicininius sprendimus priima gydytojas, pasitaręs su pacientu ir jį informavęs apie gydymo prognozę, gydymo alternatyvas ir pan. Nors Vakarų sveikatos priežiūros sistemose jau plačiai diegiamas pacientų dalyvavimo modelis pirminėje sveikatos priežiūroje, Lietuvoje partneriškai santykiai mažiau išvystyti, juos nurodė tik 17% respondentų, tarp kurių dauguma jaunesnių ir išsilavinusių žmonių. Paternalistiniai gydytojo ir paciento santykiai, kai pacientas yra visiškai pasyvus ir priklausomas nuo gydytojo, daugiausiai priimtini pagyvenusiems ir mažesniai išsimokslinimui turintiems žmonėms.

Gauta 2005 11 15

Literatūra

1. Annandale, E.; Hunt, K. 1998. „Accounts of Disagreements with Doctors“, *Social Science and Medicine* 46(1): 119–129.
2. Brody, H. 1997. „The Physician-Patient Relationship“, in *Medical Ethics*, ed. R. M. Veatch. Sudbury, Jones

- and Bartlett Publishers.
3. Buetow, S. 1998 Aug. „The scope for involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients“, *Journal of Medical Ethics* 24(4): 243–247.
4. Cahill, Jo. 1998. „Patient participation – a review of the literature“, *Journal of Clinical Nursing* 7: 119–128.
5. Charles, C.; Gafni, A.; Whelan, T. 1999. „Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model“, *Social Science and Medicine* 5(49): 651–661.
6. Cockerham, W. C. 2001. *Medical Sociology* (8th ed.). Prentice-Hall Pub., Upper Saddle River.
7. Contandriopoulos, D. 2004. „A Sociological Perspective on Public Participation in Health Care“, *Social Science and Medicine* 58(2): 321–330.
8. Cooper-Patrick, L.; Gallo, J. J.; Gonzales, J. J. 1999. „Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship“, *JAMA* 28: 583–589.
9. Cooper-Patrick, L.; Gallo, J. J.; Gonzales, J. J. 1999. „Race, Gender, and Partnership in the Patient-Physician Relationship“, *JAMA* 28: 583–589.
10. Grabauskas, V. 2000. „Sveikatos politikos plėtojimas Lietuvoje“, *Pirmasis reformų dešimtmetis: sveikatos priežiūros sektorius socialinių-ekonominių pokyčių kontekste*. Vilnius: Sveikatos ekonomikos centras.
11. Levinson, W.; Gorawara-Bhat, R.; Dueck, R. E. et al. 2001. „Resolving disagreements in the patient-physician relationship: tools for improving communication in managed care“, *British Medical Journal* 322(7288): 709–711.
12. Morgan, M. 2001. „The Doctor-Patient Relationship“, in *Sociology as applied to Medicine*, ed. G. Scambler. (4th). London: W. B. Saunders Company Ltd, 47–62.
13. Pečiūsus, E.; Kaminskas, R.; Novelskaitė, A. 2004. „Kauno miesto pacientų dalyvavimas priimančių sprendimus pirminės sveikatos priežiūros grandyje: bandomojo tyrimo rezultatai“, *Lietuvos bendrosios praktikos gydytojas* VIII (3): 169–173.
14. Resnik, D. B. 2001. „Ethical dilemmas in communicating medical information to the public“, *Health Policy* 55: 129–149.
15. Rosen, P.; Anell, A.; Hjortsberg, C. 2001. „Patient views on choice and participation in primary health care“, *Health Policy* 55: 121–128.
16. Rosen, P.; Anell, A.; Hjortsberg, C. 2001. „Patient views on choice and participation in primary health care“, *Health Policy* 55: 121–128.
17. Sugarmann, J.; Sulmasy, D. P. 2001. *Methods in Medical Ethics*. Washington: Georgetown University Press.
18. ten Have, H. A. M.; ter Meulen, R. H. J.; van Leeuwen, E. 2003. *Medicinos etika*. Vilnius: Charibdė, p. 112.
19. Zussman, R. 1997. „Sociological Perspectives on Medical Ethics and Decision-Making“, *Annual Review of Sociology* 23: 171–189.
20. Pėmaitaitis, A.; Kaminskas, R.; Novelskaitė, A. 2004. „Medicininės sociologijos institucionalizacijos raida ir perspektyvos“, *Filosofija. Sociologija* 1: 39–48.

Raimundas Kaminskas, Eimantas Peièius

**DOCTOR–PATIENT RELATIONSHIP IN
SOCIOLOGICAL–ETHICAL PERSPECTIVES**

S u m m a r y

Patients' participation in decision-making as shared dynamic performance in health care has been little discussed in Lithuania. This article discusses the results of a cross-

tional survey addressed to evaluate the aspects of doctor–patient relationship in Lithuania. The study involved randomly selected patients (n = 1007). We also discuss the typical patterns of doctor–patient relationships, some ethical aspects of informed consent and patients' activity in the medical decision-making process.

Key words: doctor–patient relationship, patient participation, medical sociology, bioethics, health care