

Кесси М.<sup>а</sup>, Павлице Д.<sup>а</sup>, Морозовская Л.Ф.<sup>б</sup>, Навольська Н.<sup>б</sup>, Апостолюк А.<sup>б</sup>

## РАССМОТРЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

<sup>а</sup> Университет экономики в Быдгоще, Польша

<sup>б</sup> Западноукраинский национальный университет, Тернополь, Украина

Статья посвящена управлению отношениями врач-пациент в процессе диагностирования и лечения пациента. В статье рассматриваются аспекты взаимоотношений врача и пациента в современном мире глобальной культуры. Возникает проблема понимания и восприятия личности в многогранном контексте культурных составляющих, которая регулируется этическими правилами и моделями взаимоотношений врача и пациента. Чтобы быть эффективным в настроенных действиях на управление здоровьем пациента необходимы общественные компетенции медперсонала. Многовековой опыт врачей различных времен и народов подтверждает верность закона медицины, сформулированного еще Гиппократом: с первого взгляда у пациента складывается определенное мнение о том, кому он решил доверить свое здоровье. Медицинский работник должен постоянно самосовершенствоваться, стремиться к знаниям. Если медицинского работника перестает интересовать его профессиональная деятельность, то можно не сомневаться в том, что угасает его интерес к окружающему миру и, в частности, к больному человеку. Проблема взаимоотношений между медицинским работником и пациентом считается главной в медицинской этике, и должно развиваться вместе с медициной. Важную роль в регуляции взаимоотношений между медицинским работником и пациентом играют правила конфиденциальности, информированного согласия. Самая фундаментальная проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть – правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Индивиды должны рассматриваться как равные в том, что связано с их человеческими качествами – достоинством, свободой, индивидуальностью. Отношения врача с больным в значительной мере определяются престижностью врачебной профессии, ее спецификой и наличием контакта с больным. Взаимодействие осложняется отсутствием четких правил выстраивания отношений врача и пациента. С развитием медицины, изменением форм оказания медицинских услуг происходят существенные изменения в моделях отношения врача и пациента.

**Ключевые слова:** маркетинг взаимоотношений, парадигма здоровья, управление взаимоотношениями, коммуникация, врач, пациент.

**DOI:** 10.32434/2415-3974-2020-12-2-120-129

### **Введение**

„Primum non nocere”, т.е. сначала не навреди. Это предложение, которым должен руководствоваться каждый врач при управлении отношениями с пациентом. Его можно рассматривать на разных уровнях: этическом, психологическом, философском, социальном и управ-

ленческом. Последняя область, в которой анализируются отношения с точки зрения эффективности или действенности управления ими.

Управление взаимоотношениями между врачом и пациентом в здравоохранении – это модифицированная версия CRM, то есть управление взаимоотношениями с клиентами. Бес-



спорно, что каждый пациент также является клиентом. Разница между ними только в предмете интереса в этом процессе. Для пациента это здоровье, для клиентов – товары или услуги. Без ненужных злоупотреблений можно предположить, что здоровье – это особое благо, которое является уникальной ценностью в процессе его распространения.

#### **Постановка проблемы**

Современный мир глобальной культуры отмечается все более активизирующимися процессами миграции населения, а также очевидным смещением традиционных культурных и поведенческих стереотипов с одной стороны, а с другой – обоснованием и представлением «новых» ценностных компонент, которые характеризуют глобальную мировую культуру. Поскольку процессы глобализации имеют сравнительно недавнее развитие, традиционные этнические особенности культуры все еще бытийствуют в личностных установках современного человека, а также в различных межличностных взаимодействиях. Возникает проблема понимания и восприятия личности в многогранном контексте этнических составляющих, которые наиболее остро проявляются в официальных взаимодействиях. Особую актуальность они приобретают в межличностном общении врача и пациента.

#### **Анализ и исследование публикаций**

При изучении этических аспектов взаимоотношений врача и пациента использованы мультикультуральный подход, гуманитарный подход, а также методы компаративного анализа и моделирования.

Целью статьи является анализ этических аспектов взаимоотношений врача и пациента.

Управление отношениями с пациентами в службе здравоохранения. По мере перехода пациента на стационарную помощь возрастает роль среднего медицинского персонала, в основном медсестер, которым должна отводиться преимущественно выразительная роль, уравнивающая баланс нарушенной инструментальной деятельностью «системы» пациента. Эта роль – проявить доброту, интерес, сочувствие и заботу. Однако нельзя забывать о роли врача, который является высшим учреждением в процессе лечения.

В конце концов, именно врач информирует, объясняет, проявляет открытость и интерес к больным, слушает, но также создает условия, поддерживающие участие пациента, позволяя вербализовать его потребности, участвовать в решении проблем со здоровьем и более широко рассматривать ситуацию со здоровьем пациента [9, с. 69 -74].

В контексте реляционного маркетинга важно, чтобы врач в области управления отношениями в первую очередь обращал внимание на самого пациента, его чувства, потребности, обращал внимание на его поведение и следил за его психофизическим комфортом. Здоровье – это особый товар, имеющий уникальную ценность в процессе его распространения.

Наиболее точное определение дано К. Рогозинским, которое показывает наличие тесной взаимосвязи между внутренним маркетингом и внешним воздействием на клиента. При установлении контакта со стратегическим персоналом маркетинг взаимоотношений исходит из того, что покупатели не могут быть удержаны на постоянной основе без надлежащего сотрудничества между сотрудниками. Важным компонентом является интеграция медицинских услуг в процесс диагностики и лечения с целью повышения эффективности и результативности услуг, предоставляемых получателю.

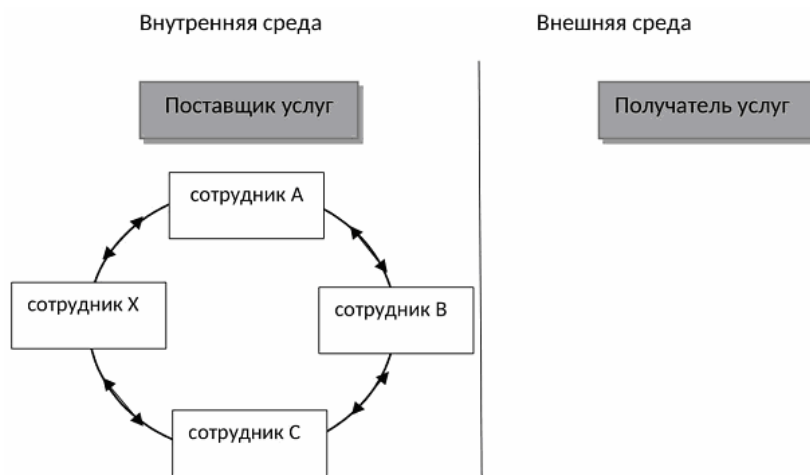
В CRM для здравоохранения следует учитывать следующие четыре ключевых фактора для эффективного развития:

- пациенты являются ключевым активом организации;
- рентабельность пациентов варьируется, не все пациенты одинаково ценны или желательны для организации;
- пациенты различаются своими предпочтениями, потребностями и транзакционным поведением;
- лучше понимая движущие силы выбора пациента и прибыльности, организация может лучше адаптировать свои предложения услуг, чтобы максимизировать ценность для пациентов [3, с. 281].

Реляционный маркетинг, который ставит межличностные отношения на первое место, дает понять, что необходимо соглашение о партнерстве, почти симметричное между сторонами (поставщиком услуг и получателем, а также между сотрудниками внутри организации и т. д.) (рисунок).

В сфере медицинских услуг концепция маркетинга взаимоотношений имеет большое значение в связи с:

- отношения, возникающие в ситуациях прямого, необходимого диалога между пациентом и медицинским персоналом, обуславливающие создание прочных связей и зависимостей;
- важность взаимоотношений в реализации стратегий управления качеством;
- важность отношений в организациях сетевого типа, где граница между внутренним и внешним не является резкой.



Реляционный маркетинг внутри и вне организации

Источник: авторская разработка на основании: A. Rudnicka, CSR – doskonalenie relacji spoiecznych w firmie, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 162-210.

Основная и наивысшая ценность в маркетинге отношений – это удовлетворенность пациентов, которая, в свою очередь, является результатом состояния здоровья и качества предоставляемых медицинских услуг.

Научные парадигмы выходят за рамки академических кругов и также включают «стили мышления», понимаемые как общее видение реальности и мировоззрение сообщества. В этом смысле научная парадигма Куна является лишь элементом социальной парадигмы, поскольку научная теория обусловлена социальным контекстом, в котором проводятся исследования. Следовательно, вопреки восприятию медицины как аксиологически свободной науки, оправданно подчеркивать, что отношение и «убеждения» врачей о здоровье и болезнях формируются задолго до начала профессионального образования, которое только укрепляет идеи о здоровье и болезнях, привитые в процессе социализации. Каждый будущий медицинский персонал – это неотъемлемая часть общества, функционирующая в определенной социальной среде. Таким образом формируются его взгляды, понимание мира или стереотипы. Такое развитое мировоззрение – негативный фактор в формировании социальных и профессиональных компетенций врачей.

В своих размышлениях автор делает акцент на уровне общения в процессе оказания услуг. Функционирующие модели общения врача и пациента основаны на трех парадигмах здоровья.

Парадигма здоровья как основа социальной компетентности врачей. Вопрос о налаживании контактов между врачами как представи-

телями поставщиков услуг и пациентов (получателей помощи) можно интерпретировать с точки зрения смены парадигмы. Исследователи М. Н. Альмунавар и М. Аншари указывают на предпарадигмальное состояние, связанное с отказом от «старой» парадигмы в пользу «новой». Такова, по мнению исследователей, переориентация здравоохранения с «институционального» уровня на «гражданскую» ориентацию. Новый подход ориентирован на продолжение лечения, начиная с профилактики и реабилитации с использованием модели управления взаимоотношениями с клиентами 2.0 [1].

Биомедицинская, целостная и социально-экологическая парадигмы по-разному определяют и выражают модельный подход к здоровью и болезням, тем самым определяя другие детерминанты или детерминанты этих концепций.

Парадигма, действовавшая в медицинской науке в XIX и XX веках, называется биомедицинской моделью. Биомедицинская модель здоровья была создана под влиянием позитивистской модели научного познания, основанной на картезианско-ньютоновской философии, которая нашла отражение в механистическом видении реальности. В этой парадигме человек объективирован, а внимание уделяется здоровью и болезням. В процессе лечения важен только этот элемент, без учета потребностей, ожиданий и предпочтений пациента, который напрямую заинтересован в качестве предоставляемых медицинских услуг.

В биомедицинской парадигме здоровье сравнивают с хорошими часами в идеальном состоянии – механически, а больные – с часами, части которых не работают должным обра-

зом.

В биомедицинской модели здоровья подчеркивается роль врача или медсестры как единственных активных людей в ситуации болезни, которые считают, что восстановление тела пациента в «объективированной» форме, благодаря сохранению картезианской мысли о разделении человека на две независимые части «некоторые» и «психика». В этой ситуации пациент остается пассивным человеком (без возражений), который подвергается медицинскому воздействию, и его мнение не принимается во внимание при принятии решений, касающихся терапевтического процесса [7, с. 30-39]. Патернализм в самом общем смысле относится к отношению отца семьи, который, понимая, что маленькие дети не способны делать осознанный и оправданный выбор, заботится о своем благополучии, не принимая во внимание их мнение по этому поводу. Отношение к ним как к детям игнорировало важную особенность существ, способных нести сознательную ответственность за себя [4, с. 21]. В моделях, основанных на этой парадигме, именно врач играет роль «поставщика» здоровья, а пациент – лишь его пассивного получателя, «потребителя».

В потребительской модели, основанной на холистической парадигме, врач рассматривается как продавец медицинских товаров. Он должен предложить свое собственное лечение, проинформировать пациента о преимуществах и рисках и, конечно же, о расходах. В модели переговоров врач и пациент обсуждают, что является ценным с точки зрения моральных и жизненных ценностей. С другой стороны, в контрактной модели каждой из двух антагонистических, недоверчивых и подозрительных автономий речь идет о заключении выгодного для нее контракта. Каждая сторона хочет получить выгоду от другой. Фактически, модель «потребитель-договор» дегуманизирует природу отношений между врачом и пациентом и, таким образом, разрушает медицинский эмос и этические ценности. При таком подходе отношения между врачом и пациентом являются процедурными, инструментальными и юридическими отношениями.

Социально-экологическая модель здоровья – это развитие сложных отношений между человеком и окружающей средой в контексте целостного понимания здоровья. Социально-экологическая парадигма развивается на предпосылках холизма, системного мышления, теории живых систем и постмодернизма.

Для того чтобы процесс коммуникации был эффективным, должно быть выполнено хотя бы одно необходимое условие, т.е. врачи должны

быть «оснащены» необходимыми социальными компетенциями, дополняющими профессиональные (основные) компетенции, то есть профессиональные знания и навыки, соответствующие медицинской специальности.

Компетенции легко разделить на жесткие и мягкие. К сложным относятся знания и навыки, напрямую определяющие качество выполнения профессиональных задач. Что касается медицинских профессий, то это будут существенные знания в области фундаментальных наук, знания и навыки, приобретенные во время учебы, а затем – во время специализации и профессиональной деятельности. С другой стороны, мягкие навыки относятся к качеству социальных отношений на рабочем месте, поэтому их часто также называют социальными компетенциями.

Принимая во внимание специфику отдельных профессий или задач, вытекающих из должностных обязанностей, многие учреждения формулируют профили компетенций. Даже самые простые из них делятся на технические, концептуальные и социальные компетенции. Каталоги технических компетенций для медицинских специалистов, стажеров и студентов-медиков четко определены в соответствующих документах.

К ключевым мягким навыкам относятся: коммуникативность, умение работать в команде, разрешение конфликтов, ведение переговоров, посредничество, отношение к изменениям, гибкость при выполнении профессиональных функций и способность справляться со стрессом. В конце концов, профессиональный подход заключается не в том, чтобы «как-то справиться», а в умелом использовании определенных приемов и принципов общения для достижения заранее определенных профессиональных целей.

Правильное выслушивание пациента и надлежащее предоставление медицинских рекомендаций может повлиять на соблюдение плана лечения и его результат. При контакте с пациентом особенно важно осознание барьеров восприятия, способность распознавать их и решать возникающие практические проблемы. Стоит помнить о таких сбоях в получении информации, как тенденция к заполнению пробелов, избирательное восприятие, неспособность отличить факты от выводов и предыдущий опыт общения пациента с врачами и учреждениями здравоохранения.

Правильное общение между медицинским персоналом и пациентом очень важно. Соответствующий объем и качество предоставляемой информации предотвращает негативное влияние

эмоций на здоровье пациента. Таким образом, знание ожиданий пациентов позволяет нам принимать более эффективные действия по отношению к ним.

Системные социальные компетенции врачей. Общение в отношениях между врачом и пациентом становится модным, хотя до сих пор игнорируется, особенно в плане подготовки врача к профессиональной деятельности. В действующей программе медицинских исследований вообще нет уроков общения. Студенты, которые приходят на занятия, уже учатся на четвертом курсе, но очень мало знают о построении отношений с пациентами. В программе медицинского обучения в нашей стране преобладают теоретические занятия, в то время как передача практических навыков происходит в незначительной степени.

Начало исследований взаимоотношений между врачами и пациентами относится к середине 1960-х годов, когда Б. Корш установила видео в приемных покоях своей детской клиники. В результате было отснято более 800 посещений, на основе которых проанализированы взаимоотношения врача и пациента. Записи показали, что посещения врачей были «официальными и информативными». Исследования подтвердили гипотезу о том, что при плохих результатах лечения врачи относятся к пациентам негативно (избегая зрительного контакта, резкого голоса, критики, предоставления минимальной информации и множества вопросов, без улыбки, без доброго физического контакта, сокращения посещений и т. п.).

Поправка к постановлению Министерства науки и высшего образования в области стандартов образования и связанная с этим ликвидация списка областей обучения и централизованно определенного рамочного содержания образования, а также введение нового метода построения учебных программ по областям обучения с использованием представления Европейских и национальных рамок квалификаций являются большой проблемой для польских университетов. Это увеличивает значимость масштабов программной автономии университетов.

И эффекты «области», описанные отдельно для отдельных областей, и созданные наборы эффектов для выбранных областей обучения, делятся на три группы: знания, навыки и социальные компетенции. В области медицинских исследований указаны следующие компетенции [13, с. 14].

Адаптивные компетенции: необходимость повышать и дополнять собственные профессиональные знания; умение работать в ситуации неуверенности, стресса; умение сотрудничать с

представителями других профессий.

Освобождающие компетенции: осознание собственных ограничений; уважение к пациенту; понимание культурных и идеологических различий; осведомленность и уважение к правам человека.

Достаточно отметить, что здоровье вышло на первый план в медицине не в результате действий врачей, более ориентированных на болезни, а в результате многочисленных реформ, гуманитарных и благотворительных движений. Проф. М. Войнар заявляет в своем интервью [12, с. 26], что студенты-медики по-прежнему приобретают только знания и навыки во время учебы, а социальные компетенции забываются, понимание пациента, его боль, чувства или поведение игнорируются. Качественный анализ документа под названием Стандарты образования в области медицины подтверждают, что только около 2,1% предметов включают области, связанные с социальными компетенциями [10, с. 88]. Автор провел многочисленные интервью с представителями групп, непосредственно участвующих в образовательном процессе в области медицины, т.е. преподавателями, студентами и выпускниками медицинского факультета Медицинского университета им. Силезских пястов во Вроцлаве. Выводы интервью подтверждают предыдущие наблюдения, то есть социальные компетенции являются дефицитным «продуктом» медицинского курса. Отсюда вывод о том, что системного подхода к повышению социальных компетенций в этой области не существует, а возможные просоциальные навыки являются результатом индивидуальных способностей и предрасположенностей.

Традиционное мышление о профессионализме сосредоточено на получении знаний и развитии навыков, непосредственно связанных с профессией. При таком подходе врач-профессионал является экспертом с высоким уровнем теоретических знаний, умением проводить диагностические и терапевтические процедуры и придерживаться принятых этических принципов.

Помимо объема знаний и навыков, важен также стиль их использования. Предпринимаются попытки построить набор компетенций, которые должны отличать людей, стремящихся к совершенству в своей профессии.

Такой способ мышления о компетенциях предполагает, что помимо когнитивного компонента во внимание принимается эмоциональное отношение, а также способ выполнения действий, закрепленных за профессией. Именно эмоции, мнения и отношения определяют, как используются знания и навыки. Способ мыш-

ления о себе как о докторе, о пациенте, о значении работы, о возможностях влияния на реальность и, наконец, способ взгляда на профессиональную реальность, в которой вы действуете, влияет на конкретное поведение врача в контакте с коллегами и пациентами.

В медицинской профессии ключевые знания и навыки, несомненно, играют ключевую роль. Однако стоит отметить, что на восприятие и оценку процесса лечения пациентом в значительной степени влияют впечатления, которые он оставляет после контакта с врачом. Можно рискнуть тезисом, что пациент, имеющий ограниченную возможность предметной оценки качества действий врача, будет оценивать его работу через призму стиля общения, построения доверия и других компетенций, более социальных, чем медицинских.

Важность коммуникации в создании маркетинга взаимоотношений. Говоря об отношениях между врачом и пациентом, следует подчеркнуть, что обе стороны должны иметь общую цель – улучшить или защитить здоровье пациента. Врач подходит к заболеванию объективно и научно, а пациент субъективно с большой дозой эмоций. Цель действий врача – выявить причину, поставить диагноз и определить курс лечения. В связи с тем, что пациент не имеет медицинских знаний, врач несет ответственность за правильный курс лечения (или взаимодействие). От него зависит, будет ли сотрудничество между ними и больным гармоничным, на пользу обеим сторонам, или оно будет полным напряженности, стрессов и недопонимания. Чтобы избежать последней возможности, врач должен постараться оправдать ожидания пациента как в информационной, так и в эмоциональной сфере. Одна из новых тенденций – повышение осведомленности потребителей. Кажется, можно говорить о формировании некоего синдрома «освобождения пациента», при котором наблюдаются тенденции к замене категории потребности категорией спроса и системного планирования распределением на основе индивидуального выбора.

Кодекс медицинской этики гласит, что врач должен относиться к пациентам доброжелательно и культурно, уважая их личное достоинство и право на близость. Отношения между пациентом и врачом должны строиться на взаимном доверии.

Значительная часть лечения является результатом конструктивного общения в отношениях между врачом и пациентом, выражающегося, среди прочего, Смелость пациента сформулировать свои собственные потребности, его участие в определении и решении проблем со

здоровьем выражается в количестве назначенных диагностических тестов, частоте посещений или продолжительности госпитализации и, таким образом, влияет на чисто экономическую сферу [6].

Больной пациент находится в центре внимания врача. Пороки, разрушающие доверие, – это жадность, коррупция, некомпетентность, нечестность и бесчувственность. Среди различных преимуществ врача наиболее полезными являются: верность и последовательность в реализации оказанного ему доверия, сострадание, интеллектуальная честность, рассудительность, справедливость и отвага.

Отношения между пациентом и врачом меняются. Пациенты часто приходят с самодиагностикой на основе информации из Интернета и ожидают, что врач выпишет рецепт. Они обсуждают, задают вопросы, не соглашаются [12], что часто перерастает в конфликт и недоверие между обеими сторонами.

Чтобы завоевать доверие, врач должен обладать определенными характеристиками личной и нравственной жизни. Совершенно необходимо обрести множество человеческих интеллектуальных и моральных добродетелей. Чтобы стать хорошим врачом, нужно стать хорошим человеком. Команда Медицинского коучингового центра разработала модель из 5 шагов для построения хороших отношений между врачом и пациентом. Вот они [15]:

- не судите, не предполагайте, не делайте первых выводов, не убеждайте себя, что вы уже знаете, что пациент собирается сказать и что с ним не так. Забудьте об эффекте первых впечатлений;

- находясь здесь и сейчас, смотрите и слушайте. Попытаться понять. Если не понимаете – замечательно – спрашивайте;

- сформулируйте диагноз, проинформируйте пациента, как вы его видите, что вы думаете о нем, каковы могут быть последствия и каково ваше представление о терапии. Поощряйте его задавать вопросы, примите его сомнения и страхи. Если возможно, пересмотрите рекомендации, если они вызывают сопротивление. Еще раз четко и по порядку обсудите рекомендации по лечению;

- критический момент. Если у пациента есть собственное представление, он отрицает диагноз или предлагает терапию, остановитесь и остановитесь здесь. Определите, где возникают ваши расхождения. Оставайтесь со своим, но не применяйте силу, чтобы убедить пациента – только свободные люди могут сделать выбор, и, сделав выбор, они могут участвовать в принятии решения;

– попросите пациента пересмотреть схему лечения. Убедитесь, что вы их понимаете и принимаете.

Вышеупомянутая модель построения хороших отношений должна быть включена в коммуникативные модели, функционирующие в службе здравоохранения, с учетом особенностей процесса коммуникации между врачом и пациентом.

Специфика общения врача с пациентом [11]:

– асимметрия и зависимость. Сложность общения между врачом и пациентом проистекает из неравенства сил.

– близость и влияние. Работа врача связана с прямым, тесным физическим и эмоциональным контактом с пациентом.

– активность сторон в контакте.

– доверие - основа отношений.

– преодоление препятствий путем соглашения, то есть простых методов, поддерживающих общение.

– различные точки зрения обеих сторон общения. Для врача это собрание групп ежедневных повторяющихся действий, а для пациента – уникальная ситуация, связанная со страданиями, тревогой и другими негативными эмоциями и мыслями.

– эффективное слушание - ключ к эффективности.

– эмпатический подход. Чуткая приверженность врача обычно ведет к большей открытости со стороны пациента. Это, в свою очередь, позволяет собрать больше информации, необходимой для постановки диагноза.

Отсутствие должного подхода врача к пациенту влияет на плохое общение, что в свою очередь способствует его негативным последствиям:

– на этапе сбора истории болезни существует риск принятия врачом неверных диагностических и терапевтических решений;

– на этапе диагностики и лечения пациентов несет риск ошибок и неудачи терапии;

– в «псевдоотношениях» врач-пациент на каждом этапе существует риск занять требовательное отношение со стороны пациента, что часто приводит к жалобам и обвинениям;

– потеря пациентов – если у пациента есть выбор, он скорее выберет врача, который сможет с ним общаться;

– для самого врача – как он себя чувствует во время разговора, при обсуждении сложных вопросов, часто эмоционально обременительных, как он справляется с неудобными вопросами, требованиями, которые он не может выполнить – как разговаривать с пациентом, что-

бы сделать это эффективным, но в то же время защитить себя.

Врач часто привносит свои собственные эмоции в отношения с пациентом, источники которых лежат где-то в другом месте - в личной жизни, в усталости, разочаровании, выгорании – тогда пациент «попадает» случайно. Что также негативно сказывается на качестве общения врача с пациентом.

По словам проф. М. Войнара, мы делаем важный шаг, когда пациент, который чувствует, что к нему относятся с уважением и достаточно информирован, решает – или нет доверять врачу и следовать его рекомендациям. Научные исследования однозначно показывают, что если пациент не доверяет врачу, он не будет следовать его рекомендациям [12].

В подавляющем большинстве государственных учреждений у нас нет мероприятий по оценке качества общения между врачами и пациентами. Боюсь, что люди, управляющие этими учреждениями, совершенно не заботятся о качестве отношений между врачами и пациентами и не спрашивают у пациентов их мнение [12].

На низкое в настоящее время качество взаимодействия врача и пациента влияют тревожные факторы [2]: бюрократизация и коммерциализация терапевтических отношений, исчезновение культурных правил построения межличностных отношений, медиализация профессиональной роли врача, распространение модели интервенционной медицины [8, с. 37- 45].

Согласно классической концепции А. Донабедяна, качество можно рассматривать в контексте структуры, процесса и результата [5, с. 64]. Структурный аспект качества связан с наличием адекватных ресурсов (технологий, персонала).

С точки зрения пациента качество общения определяется способностью врача слушать, честностью врача в обращении с пациентом, сочувствием и искренним интересом к ситуации пациента.

Преимущества хорошего общения с пациентом влияют на:

– получение достоверного описания заболевания, которое помогает поставить точный диагноз;

– соблюдение пациентом сложных требований к лечению (прием лекарств, диета, изменение образа жизни);

– уменьшение чувства беспомощности у пациентов;

– появление положительных эмоций, эффективно способствующих выздоровлению;

– пациенты, берущие на себя совместную ответственность за процесс лечения;

– реже возникает синдром «выгорания» у медицинского персонала.

Коммуникационные барьеры:

- судейство;
- принятие решений за других;
- бегство от чужих проблем;
- преимущество в силе;
- время поджимает;
- комментарии о внешности;
- медицинский жаргон;
- более высокий социальный статус врача (социокультурные различия между ними);
- отсутствие доверия к специалисту.

Таким образом, ценность, создаваемую во взаимоотношениях между пациентом и поставщиком услуг, следует рассматривать двумя способами: с точки зрения пациента и с точки зрения поставщика услуг. Только такой подход создает условия для того, чтобы поставщик услуг узнал и понимал предпочтения клиента, которые важны для формирования предложения и получения конкурентного преимущества [14, с. 354].

#### Выводы

Передовой опыт для врачей, предложенный Всемирной организацией здравоохранения, который различает задачи, подходящие для так называемых пятизвездочный докторов, к ним относятся: предоставление высококачественных медицинских услуг, принятие решений в этических и экономических аспектах, руководство местным сообществом, управление системой удовлетворения медицинских потребностей отдельных лиц и целых сообществ, а также эффективное общение с другими участниками рынка. Все эти черты должны быть эгалитарными ценностями, широко распространенными и приобретенными в системном процессе улучшения социальных компетенций, а не в строго индивидуальной деятельности, по выбору врача-статистика.

Из-за характеристик моделей общения врач-пациент оптимальным решением, конечно же, является модель система-партнер, в которой есть три активных участника (врач, пациент и семья пациента). Врач имеет возможность получить полную информацию об окружающей среде и получить относительно объективную информацию о пациенте от членов его семьи. Таким образом строятся мероприятия по укреплению здоровья.

Однако исследователь должен принимать во внимание условия окружающей среды в своих соображениях. Особенно важно, чтобы программа медицинского образования воспитывала у будущих врачей предрасположенность со-

средоточиться на документальном анализе болезни пациента, а не на самом пациенте. Таким образом, биомедицинская парадигма по-прежнему доминирует в системе образования, а модели, предлагаемые для будущих врачей, представляют собой радикальные патерналистские и умеренные патерналистские модели, в которых пациент играет пассивную роль и не является равной стороной с врачом.

Компромиссным решением является реализация партнерско-кооперативной модели, основанной на социально-медицинской парадигме. Таким образом, врач сохраняет главную роль, но пациент приобретает субъективность и возможность поделиться своими чувствами с поставщиком услуг. Дополнительной ценностью этой модели общения врача и пациента является возможность использования ее в так называемых электронных или телефонных консультациях.

#### REFERENCES

1. Almunawar, M. N., & Anshari, M. (2011). Improving Customer Service in Healthcare with CRM 2.0. *Global Science and Technology Forum Journal on Business Review*, 1(2) [E-Reader Version]. Retrieved from [http://dl.globalstf.org/index.php?page=shop.browse&category\\_id=59&option=com\\_virtuemart&Itemid=4](http://dl.globalstf.org/index.php?page=shop.browse&category_id=59&option=com_virtuemart&Itemid=4), date 10.08.2020 [in English].
2. Baracski, J. (2015). Etyczny wymiar komunikowania się z pacjentem. [Ethical dimension of communicating with the patient]. „*Medium*” *Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, 4 (297) [in Polish].
3. Berkowitz, E. N. (2017). *Essentials of Health Care Marketing*. Jones&Bartlett Learning. Burlington.
4. Biesaga, T. (2005). Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. [Physician and patient autonomy and the goal of medicine]. *Medycyna praktyczna. Practical medicine*, 6, 20-24 [in Polish].
5. Burda, K. (2003). *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiazaniu z zagadnieniami dotyczacyimi jakosci opieki zdrowotnej*. Antidotum. [Analysis of the issues of patient satisfaction in connection with issues related to the quality of healthcare]. Antidote, 1 [in Polish].
6. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (2000). How to improve communication between doctors and patients. *British Medical Journal*, 320 [in English].
7. Czarnecka, M. (2008). *Subiektywne koncepcje zdrowia i choroby oraz ich determinanty*. [Subjective concepts of health and disease and their determinants]. Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Teoria i praktyka, red. G. Bartkowiak. UM. [in Polish].
8. Czerska, I. (2016). Relacje lekarz-pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. [Doctor-patient relations and selected theoretical models of



relations in the context of dehumanization of medicine]. *Handel wewnkrzyny*, 5 (364) [in Polish].

9. Gabay, G. (2015). Perceived control over health, communication and patient-physician trust. *Patient Education and Counseling*, 98 [in English].

10. Кксы, М. (2015). *Wpływ kompetencji na zatrudnienie pracowników w opiece psychiatrycznej*. [The impact of competences on the employment of employees in psychiatric care]. *Zdrowie psychiczne. Organizacja – Zarządzanie – Standardy*, red. I. Mazur, P. Karniej, J. Joczczuk. Wyd. CEdu. [in Polish].

11. Mazurek, M. (2020). *Relacja lekarz-pacjent podstaw efektywnego leczenia*. [The doctor-patient relationship is the basis of effective treatment]. date 26.07.2020 [in Polish].

12. The doctor-patient relationship is the basis of effective treatment. *Puls Medycyny*, 10 (303) [in English].

13. Nowak-Dziemianowicz, M. (2012). *Kompetencje społeczne jako jeden z efektów kształcenia w Krajowych Ramach Kwalifikacji w kontekście pytań o cele i funkcje edukacji*. [Social competences as one of the effects of education in the National Qualifications Framework in the context of questions about the goals and functions of education] Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych [in Polish].

14. Rudawska, I. (2011). Tworzenie wartości w relacji pacjent-usługodawca – spojrzenie z perspektywy marketingu [Value creation in the patient-service provider relationship – a marketing perspective]. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 47 (686) [in Polish].

15. *5 kroków do zdrowej relacji lekarz-pacjent*. [5 steps to a healthy doctor-patient relationship]. *Znany lekarz. Blog dla Lekarza*. 6.05.2015. Retrieved from <https://lekarz.znanylekarz.pl/blog/dobra-relacja-lekarz-pacjent-w-5-krokach>, date 10.08.2020 [in Polish].

Received 06.10.2020

Reviewer: PhD in Economics, Prof. Kolesnikov V.P.

## РОЗГЛЯД ОПТИМАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ВІДНОСИН ЛІКАР-ПАЦІЄНТ

Кесі М., Павлице Д., Морозовська Л.Ф., Навольська Н., Апостолюк О.

Стаття присвячена управлінню відносинами лікар-пацієнт в процесі діагностування і лікування пацієнта. У статті розглядаються аспекти взаємин лікаря і пацієнта в сучасному світі глобальної культури. Виникає проблема розуміння і сприйняття особистості в багатогранному контексті культурних складових, яка регулюється етичними правилами і моделями взаємин лікаря і пацієнта. Щоб бути ефективним в налаштованих діях на управлінням здоров'ям пацієнта необхідні суспільні компетенції медперсоналу. Багатовіковий досвід лікарів різних часів і народів підтверджує вірність закону медицини, сформульованого ще Гіппократом: з першого погляду у пацієнта складається певна думка про те, кому він вирішив довірити своє здоров'я. Медичний працівник повинен постійно самовдосконалюватися, прагнути до знань. Якщо медичного працівника перестає цікавити його професійна діяльність, то можна не сумніватися в тому, що згасає його інтерес до навколишнього світу і, зокрема, до хворої людини. Проблема взаємовідносин між медичним працівником і пацієнтом вважається головною в медичній етиці, і має розвиватися разом з медициною. Важлива роль в регуляції взаємовідносин між медичним працівником і пацієнтом грають правила конфіденційності, інформованої згоди. Сама фундаментальна проблема сучасної медичної етики полягає в тому, що охорона здоров'я повинна бути – правом людини, а не привілеєм для обмеженого кола осіб, які в змозі собі її дозволити. Індивіди повинні розглядатися як рівні в тому, що пов'язано з їх людськими якостями – гідністю, свободою, індивідуальністю. Відносини лікаря з хворим в значній мірі визначаються престижністю лікарської професії, її специфікою і наявністю контакту з хворим. Взаємодія ускладнюється відсутністю чітких правил вибудовування відносин лікаря і пацієнта. З розвитком медицини, зміною форм надання медичних послуг відбуваються суттєві зміни в моделях відносин лікаря і пацієнта.

**Ключові слова:** маркетинг взаємовідносин, парадигма здоров'я, управління взаємовідносинами, комунікація, лікар, пацієнт.

CONSIDERATION OF THE OPTIMAL MODEL OF THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Kesy M. <sup>a\*</sup>, Pawliszczy D. <sup>a</sup>, Morozovska L. <sup>b</sup>, Navolska N. <sup>b</sup>, Apostolyuk O. <sup>b</sup>

<sup>a</sup> University of Economy in Bydgoszcz, Poland

<sup>b</sup> West Ukrainian National University, Ternopil, Ukraine

\* e-mail: marcin.kesy@byd.pl

Kesy M. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3604-4702>

Pawliszczy D. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1328-7891>

Morozovska L. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8388-2445>

Navolska N. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1375-5990>

Apostolyuk O. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3516-063X>

The article is devoted to managing the doctor-patient relationship in the process of diagnosing and treating a patient. The article deals with the aspects of doctor-patient relationship in the modern world of global culture. There is a problem of understanding and perception of personality in the multifaceted context of cultural components, which is governed by ethical rules and models of doctor-patient relationships. To be effective in attuned action on patient health management requires the social competence of the medical staff. The centuries-old experience of doctors of different times and peoples confirms the loyalty of the law of medicine, formulated by Hippocrates: at first glance, the patient has a definite opinion about who he decided to entrust his health to. A medical worker must constantly improve himself, strive for knowledge. If a medical worker ceases to be interested in his professional activities, then there is no doubt that his interest in the world around him and, in particular, in a sick person is fading away. The problem of the relationship between the medical professional and the patient is considered central to medical ethics and should develop along with medicine. The rules of confidentiality and informed consent play an important role in regulating the relationship between a medical professional and a patient. The most fundamental problem in modern medical ethics is that health care should be a human right, not a privilege for a limited number of people who can afford it. Individuals should be treated as equals in terms of their human qualities - dignity, freedom, individuality. The doctor's relationship with the patient is largely determined by the prestige of the medical profession, its specifics, and the presence of contact with the patient. Interaction is complicated by the lack of clear rules for building a doctor-patient relationship. With the development of medicine, changes in the forms of providing medical services, there are significant changes in the models of the relationship between the doctor and the patient.

**Keywords:** relationship marketing, health paradigm, relationship management, communication, doctor, patient.

REFERENCES

1. Almunawar, M. N., & Anshari, M. (2011). Improving Customer Service in Healthcare with CRM 2.0. *Global Science and Technology Forum Journal on Business Review*, 1(2) [E-Reader Version]. Retrieved from [http://dl.globalstf.org/index.php?page=shop.browse&category\\_id=59&option=com\\_virtuemart&Itemid=4](http://dl.globalstf.org/index.php?page=shop.browse&category_id=59&option=com_virtuemart&Itemid=4), date 10.08.2020 [in English].
2. Baracski, J. (2015). Etyczny wymiar komunikowania się z pacjentem. [Ethical dimension of communicating with the patient]. „*Medium*” *Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, 4 (297) [in Polish].
3. Berkowitz, E. N. (2017). *Essentials of Health Care Marketing*. Jones&Bartlett Learning. Burlington.
4. Biesaga, T. (2005). Autonomia lekarza i pacjenta a cel medycyny. [Physician and patient autonomy and the goal of medicine]. *Medycyna praktyczna. Practical medicine*, 6, 20-24 [in Polish].
5. Burda, K. (2003). *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej*. Antidotum. [Analysis of the issues of patient satisfaction in connection with issues related to the quality of healthcare]. Antidote, 1 [in Polish].
6. Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (2000). How to improve communication between doctors and patients. *British Medical Journal*, 320 [in English].
7. Czarnecka, M. (2008). *Subiektywne koncepcje zdrowia i choroby oraz ich determinanty. [Subjective concepts of health and disease and their determinants]*. Czynniki kształtujące zachowania zdrowotne na przestrzeni życia. Teoria i praktyka, red. G. Bartkowiak. UM. [in Polish].
8. Czerska, I. (2016). Relacje lekarz-pacjent a wybrane teoretyczne modele relacji w kontekście dehumanizacji medycyny. [Doctor-patient relations and selected theoretical models of relations in the context of dehumanization of medicine]. *Handel wewnątrzny*, 5 (364) [in Polish].
9. Gabay, G. (2015). Perceived control over health, communication and patient-physician trust. *Patient Education and Counseling*, 98 [in English].
10. Kksy, M. (2015). *Wpływ kompetencji na zatrudnienie pracowników w opiece psychiatrycznej. [The impact of competences on the employment of employees in psychiatric care]*. Zdrowie psychiczne. Organizacja – Zarządzanie – Standardy, red. I. Mazur, P. Karmiej, J. Joczcyk. Wyd. CEdu. [in Polish].
11. Mazurek, M. (2020). *Relacja lekarz-pacjent podstaw efektywnego leczenia*. [The doctor-patient relationship is the basis of effective treatment]. date 26.07.2020 [in Polish].
12. The doctor-patient relationship is the basis of effective treatment. *Puls Medycyny*, 10 (303) [in English].
13. Nowak-Dziemianowicz, M. (2012). *Kompetencje spoieczne jako jeden z efektów kształcenia w Krajowych Ramach Kwalifikacji w kontekście pytań o cele i funkcje edukacji. [Social competences as one of the effects of education in the National Qualifications Framework in the context of questions about the goals and functions of education]* Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych [in Polish].
14. Rudawska, I. (2011). Tworzenie wartości w relacji pacjent-usługodawca – spojrzenie z perspektywy marketingu [Value creation in the patient-service provider relationship – a marketing perspective]. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 47 (686) [in Polish].
15. 5 kroków do zdrowej relacji lekarz-pacjent. [5 steps to a healthy doctor-patient relationship]. Znany lekarz. Blog dla Lekarza. 6.05.2015. Retrieved from <https://lekarz.znanylekarz.pl/blog/dobra-relacja-lekarz-pacjent-w-5-krokach>, date 10.08.2020 [in Polish].