



МРНТИ 04.51.69

<https://doi.org/10.32523/2616-6895-2024-149-4-594-618>

Научная статья

Влияние взаимодействия врача с пациентом на формирование доверия: социологический анализ

А.Т. Шилменова^{ID}, Э.С.Отар^{ID}

Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, Астана, Казахстан

(E-mail: aigul.shilmenova@gmail.com)

Аннотация. В статье обсуждается, что взаимодействие и согласованность между врачом и пациентом оказывают значительное влияние на уровень доверия пациентов. Прямое общение с врачом напрямую способствует укреплению этого доверия, но также влияет на него косвенно через согласованность действий и понимание между обеими сторонами. Отношения между врачом и пациентом играют ключевую роль в медицинской практике и являются центральным элементом системы здравоохранения, оказывая влияние на социальную стабильность, гармонию и здоровье общества. Они также существенно влияют на приверженность пациентов к лечению, их участие в совместном принятии решений и на итоговые результаты лечения.

Эффективное общение врача с пациентом определяется способностью врача качественно выполнять медицинские задачи, такие, как сбор анамнеза, объяснение диагнозов, предоставление рекомендаций по лечению и консультирование. Хорошее взаимодействие улучшает отношения между врачом и пациентом, повышая удовлетворенность пациентов.

Исследование взаимоотношений врача и пациента необходимо и актуально, поскольку от этого зависит качество медицинской помощи. Эффективная коммуникация и доверие влияют на соблюдение пациентом рекомендаций, уменьшение медицинских ошибок и улучшение общего самочувствия. В условиях роста хронических заболеваний и активного внедрения технологий, таких, как телемедицина, понимание этих взаимоотношений становится ключевым для оптимизации лечения, повышения удовлетворенности пациентов и эффективности здравоохранения в целом.

Цель данной научной статьи заключается в исследовании механизма воздействия взаимодействия между врачом и пациентом на уровень доверия пациентов и оценить влияние демографических факторов на коммуникацию врача и пациента. Поскольку эффективное общение между врачом и пациентом способствует повышению этого доверия.

Ключевые слова: социология медицины, доверие, доверительные взаимодействия, врач, пациент, модели врачебно-пациентских отношений, согласованность действий врача и пациента.

Введение

Проблема данного исследования заключается в том, что отношения между врачом и пациентом (ОВП) часто сопровождается трудностями, которые влияют на уровень доверия пациентов и, как следствие, на эффективность медицинского обслуживания. Взаимоотношения между врачом и пациентом играют критическую роль в медицинской практике и системе здравоохранения в целом, и их недостаточная гармония или согласованность могут приводить к снижению удовлетворенности пациентов, ухудшению приверженности к лечению и неблагоприятным результатам медицинских вмешательств.

На доверие пациентов влияет множество факторов, таких, как социальное происхождение, медицинская ситуация и личные характеристики как пациентов, так и врачей, при этом общение между врачом и пациентом является одним из ключевых аспектов [1]. Это взаимодействие происходит в процессе диагностики и лечения, направленное на удовлетворение медицинских потребностей пациентов. В общем, общение между врачом и пациентом выполняет три основных функции: (1) установление хороших межличностных отношений, (2) обмен медицинской информацией и (3) совместное принятие решений по вопросам лечения [2].

Благодаря эффективной коммуникации, врачи могут лучше понять потребности пациентов и предоставить им более качественные медицинские услуги. Согласно концепции обработки социальной информации, пациенты чаще бывают удовлетворены и склонны больше доверять врачам, если получают необходимую информацию через прямое общение [3]. Таким образом, общение помогает пациентам воспринимать и оценивать информацию, что влияет на их восприятие врача, отношение к нему и поведение.

В исследованиях также рассматривалась связь между общением и доверием пациентов, а также между согласованностью отношений и доверием [4,5]. Однако в литературе меньше внимания уделено опосредующей роли согласованности отношений между врачом и пациентом в этой связи [4]. Согласованность между пациентом и врачом определяется как степень совпадения их оценок медицинской информации [6]. Согласно теории социальной информации, общение способствует передаче сигнальной информации, влияющей на восприятие и отношение пациентов к врачу, активируя процесс осмысления информации. При этом пациенты оценивают профессионализм и отношение врача, основываясь на переданной информации. Эффективная коммуникация считается ключевым условием согласованности отношений, что, в свою очередь, способствует предоставлению качественного медицинского обслуживания [7].

Благодаря эффективному взаимодействию упрощается обмен информацией, управление эмоциями пациентов и достижение врачом согласия с их потребностями и ожиданиями, что улучшает качество медицинских услуг [8]. Такая согласованность, в свою очередь, положительно влияет на комплаенс пациентов и уровень их удовлетворенности, а пациенты, удовлетворенные медицинским обслуживанием, чаще склонны доверять своим врачам [9].

Общение, ориентированное на пациента, считается одной из ключевых компетенций и навыков врачей. Это позволяет врачам предлагать помощь, соответствующую ценностям, потребностям и предпочтениям пациента, а также участию пациента в принятии решений об их уходе [10,11,12]. В трудах Левинсон У, Эпштейн Р.М. имеется достаточно доказательств важности общения между доктором и пациентом, а коммуникационные действия, ориентированные на больного, показали, что они улучшают взаимодействия между врачом и пациентом, что приводит также к улучшению результатов лечения пациентов [13,14].

Развитие навыков общения, ориентированных на больного, среди докторов стало одной из рекомендованных стратегий учеными-медиками, администраторами здра-воохранения, а также организациями здравоохранения [10,14,15]. Чтобы были установлены доверительные отношения между пациентом и врачом, специалист должен обладать необходимой коммуникационной компетентностью. Данная компетентность охватывает как овладение набором навыков, так и умений в области коммуникаций, но и их применение в разных социальных контекстах. Для установления доверительных отношений с пациентами врачи должны развивать навыки эмпатии, активного слушания и ясного объяснения медицинской информации. Важно создавать поддерживающую и безопасную атмосферу, адаптировать общение в зависимости от индивидуальных потребностей пациента и сохранять высокий уровень профессионализма, также для врача важно знание культурных норм и ограничений, обычаев, традиций. Сенситивность к невербальным сигналам и умение разрешать конфликты также играют ключевую роль, врач должен уметь ориентироваться в средствах коммуникации, в том числе соответствующим национальным и сословным чертам. Совместное принятие решений, основанное на учете предпочтений и ценностей пациента, помогает укрепить доверие и улучшить качество медицинского обслуживания [16].

Успех врача часто определяется его способностью к общению, что облегчает сбор анамнеза и постановку диагноза, способствует точному пониманию состояния пациента во время болезни. «Умение общаться, или коммуникативная компетентность, способствует взаимопониманию, доверию в отношениях и эффективности в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу и не сомневается в точности диагностики и целесообразности лечения, он будет выполнять рекомендации и проходить все необходимые диагностические и терапевтические процедуры» [17]. Б.Д.Карвасарский выделял несколько ключевых характеристик коммуникативной компетентности. Среди них, во-первых, эмпатия, которая позволяет понимать и чувствовать эмоции других людей и активное слушание, способствующее созданию доверительных отношений; во-вторых, асертивность, которая способствует открытому и честному выражению своих мыслей и чувств, уважая при этом мысли и чувства других; в-третьих, это социальная перцепция и рефлексия, которые позволяют правильно интерпретировать социальные сигналы и анализировать собственное поведение, что, в свою очередь, улучшает межличностное взаимодействие. Тогда личность врача можно характеризовать как эмоционально-устойчивую, уравновешенную, исключая импульсивность и излишнюю эмоциональную экспрессивность. Все эти характеристики

играют важную роль в формировании профессиональной личности врача. Например, эмпатия обеспечивает глубокую вовлечённость во внутренние переживания пациента, а сенситивность даёт возможность врачу получать ценную обратную связь и корректировать своё профессиональное поведение при взаимодействии с пациентами [17].

По мнению Б.Д. Карвасарского, коммуникативные способности врача могут снижаться из-за психоэмоциональных перегрузок и дефицита времени, что приводит к поверхностному общению с пациентами. Недостаток саморефлексии мешает адаптировать общение в зависимости от ситуации, а низкий уровень эмпатии затрудняет установление доверительных отношений. Эти факторы существенно снижают качество взаимодействия врача с пациентами и эффективность медицинской помощи [17].

Вопрос о роли пациентов в принятии медицинских решений вызывает активные дискуссии, особенно в Казахстане, где врачи сталкиваются с уникальными вызовами. Предоставление пациентам большего участия в разработке их планов лечения может способствовать их большей ответственности за собственное здоровье и благополучие. Это способно привести к лучшему соблюдению рекомендаций и улучшению здоровья. Более активное участие пациентов в процессе принятия решений способствует лучшему пониманию ими рисков и преимуществ различных терапевтических подходов, что ведет к более обоснованным решениям [18].

Кроме того, предоставление пациентам большего контроля над своим лечением может укрепить доверие между ними и медицинскими работниками, что положительно скажется на коммуникации и улучшении результатов лечения [19]. Однако пациенты не всегда обладают достаточными медицинскими знаниями для полного понимания рисков и преимуществ различных вариантов лечения, что может привести к ошибочным решениям [18]. Также врачи в Казахстане часто сталкиваются с серьезными временными ограничениями и могут не располагать достаточным временем для полного вовлечения пациентов в процесс принятия решений. Кроме того, ожидания пациентов от медицинских работников могут существенно различаться, что затрудняет их вовлечение в процесс принятия решений.

Социологическая концептуализация феномена доверия

Одним из ключевых факторов, влияющих на характер как межличностных, так и социальных отношений в целом, является доверие. Оно играет важную роль в механизмах, поддерживающих интеграцию и стабильность общества. Известный американский социолог А. Селигмен подчеркивает, что власть, господство и насилие могут временно решать проблемы социального порядка и организации разделения труда, но они не способны обеспечить долгосрочную стабильность этого порядка [20]. В разные времена к проблеме доверия обращались такие ученые, как Г. Гроций, Дж. Локк, И. Кант и Э. Дюркгейм, рассматривая его в рамках «договорных» аспектов общественных отношений. Тема доверия также прослеживается в социологических теориях социального обмена (П. Блау, Дж. Хоманс), и по-своему ее развивал Т. Парсонс. По мнению Парсонса, для того, чтобы общество могло существовать как система, оно должно поддерживать стабильные

взаимоотношения обмена как с окружающей средой, так и внутри общества между его членами. «Общество может функционировать, лишь полагаясь на то, что действия его членов будут вносить вклад в социетальное функционирование», — писал он в своей книге «Система современных обществ» [21]. Парсонс считает, что в сообществе доверие и социальная сплоченность возникают, когда другие для достижения успешной группы освобождаются от личных интересов. На самом деле доверие создало эти ожидания, что другие действуют в соответствии со своими обязательствами и обязанностями. Современные социальные и политические изменения, особенно нестабильность в посткоммунистических странах, повысили интерес ученых к доверию как к принципу, определяющему социальные отношения. В числе исследователей, занимавшихся изучением природы доверия в современных условиях, можно назвать таких известных ученых, как Б. Барбер, Э. Гидденс, Н. Луман, А. Селигмен, С. Айзенштадт и П. Штомпка.

Э. Гидденс выделил два вида доверия: доверие к людям, которое построено на личностных обязательствах, и доверие к абстрактным системам, предполагающее безличностные обязательства. Под абстрактными системами он понимает символические знаки (например, деньги как инструмент обмена, средства политической легитимации) и экспертные системы – системы технического исполнения или профессиональной экспертизы, организующие наше материальное и социальное окружение [22]. Последний тип доверия, по мнению социолога, формируется в современную эпоху. Н. Луман подчеркивает, что в современном обществе, где присутствует множество рисков, доверие приобретает особую значимость. По мере роста этих рисков увеличивается потребность в доверии как механизме социального контроля и способе снижения социальных рисков [23]. Как категорию нравственного характера, отражающую моральное поведение и составляющую сущность социальной теории морали, доверие рассматривает польский социолог П. Штомпка, убежденный в вездесущности доверия в межчеловеческих отношениях и невозможности построения длительных общественных отношений без определенной дозы доверия и ощущения общего смысла [24].

В заключение следует отметить, что социологическая наука на протяжении своей истории уделяет внимание исследованию феномена доверия, хотя многие вопросы остаются открытыми, а различные интерпретации вызывают противоречия. Это связано с множеством подходов к пониманию природы доверия и его изменения в условиях современной эпохи. В социологии выделяются два основных подхода к интерпретации доверия. Первый рассматривает доверие как явление, присущее традиционным обществам, основанное на безусловной вере — на уверенности в другом человеке и его действиях. В этом контексте доверие иррационально и воспринимается как "чувство доверия", основанное на вере в слова и действия других. Второй подход исходит из того, что доверие — это результат рационализации в современном обществе, где оно носит более расчетливый и осмысленный характер, а не базируется на чувствах, как в первом случае.

Литературный обзор

Доверительные отношения между врачом и пациентом являются основополагающим элементом современной деонтологии, поскольку они формируют основу для эффективного медицинского взаимодействия и обеспечения качества медицинской

помощи. В деонтологии, которая занимается этическими принципами профессионального поведения, доверие играет центральную роль в поддержании моральных стандартов и соблюдении профессиональных обязанностей. Эти отношения способствуют открытости и честности, позволяя пациентам чувствовать себя уверенно при обсуждении своей болезни и следовании рекомендациям врача.

Комплаентность пациента (от англ. "compliance" – "уступчивость", подразумевающая согласие пациента исполнять предписания врача), или приверженность лечению) обозначает степень согласия пациента с предписаниями врача и следование рекомендованным медицинским вмешательствам. Высокий уровень доверия способствует повышению комплаентности, так как пациенты, уверенные в компетентности и добросовестности своего врача, склонны более строго соблюдать медицинские указания и активно участвовать в процессе лечения. Таким образом, доверие не только поддерживает этические стандарты в медицинской практике, но и непосредственно влияет на успешность лечения и общие результаты медицинского вмешательства [25].

Доверие влияет при выборе врача и медицинского учреждения, что также регулируется законодательством, в частности, законом № 111-І «Об охране здоровья граждан в Республике Казахстан» от 19.05.1997 г. Недостаточное внимание к теме взаимоотношений "врач-пациент" в социологии связано с проблемами междисциплинарной интеграции, ограничениями фокуса на индивидуальном опыте, сложностями методологического подхода и влиянием культурных факторов. Это подчеркивает необходимость более глубокого и комплексного подхода к изучению данной темы в рамках именно социологических исследований [26].

Социологический подход к изучению взаимодействий между врачом и пациентом помогает более глубоко понять динамику этих отношений, анализируя их в контексте социальных ролей, власти и институциональных факторов. Он исследует, как социальные структуры и культурные нормы формируют ожидания и обязательства обеих сторон, влияют на качество взаимодействия. Это включает изучение влияния социальных ожиданий, распределения власти и контекста, в котором происходят медицинские взаимодействия. Такой подход позволяет выявить, как медицинские практики интегрируются в более широкий социальный контекст и какие факторы способствуют или препятствуют формированию доверительных отношений.

Социологический подход помогает глубже понять взаимодействия между врачом и пациентом, анализируя их в контексте социальных структур, норм и ролей. Этот подход позволяет выявить, как социальные факторы, такие, как культура, социальный статус и институциональные нормы, влияют на поведение и ожидания обеих сторон.

Модели "ОВП" (отношения врач-пациент) в американской социологии, особенно оригинальные модели Т. Парсонса, оказали значительное влияние на понимание взаимодействий «врач-пациент». Ученый предложил структурно-функциональный анализ этих отношений. Парсонс описал пациента как «девианта», чья временная роль отклонения от социальных норм требует медицинского вмешательства, а также разработал идеальные типы ролей врача и пациента, подчеркивая их обязанности

и привилегии. Эти модели помогают объяснить, как формируются ожидания и обязательства в медицинской практике, а также как взаимодействие врача и пациента способствует поддержанию социальной стабильности и здоровья [27]. Т.Парсонс в своей модели "узаконивания" болезни описал права и обязанности врача как ключевые элементы процесса восстановления здоровья пациента. Врач имеет право на доверие и сотрудничество со стороны пациента, а также на принятие решений, касающихся лечения. Обязанности врача включают предоставление квалифицированной медицинской помощи, соблюдение этических норм и поддержание конфиденциальности информации о пациенте. Врач также должен способствовать восстановлению здоровья пациента и его возвращению к нормальной социальной роли.

В нашем исследовании мы опирались на следующие модели поведения врачей и пациентов, которые разработал Т. Парсонс. Он создал идеальные типы врачей и пациентов, где врач может выступать либо как медицинский эксперт, предоставляющий профессиональные знания, либо как патерналистский наставник, принимающий решения за пациента. Пациент, в свою очередь, может быть либо девиантом, временно отклоняющимся от социальных норм и нуждающимся в медицинском вмешательстве, либо активным участником, вовлечённым в процесс лечения. Парсонс также в своем исследовании определил обязанности пациента, которые описывают его социальную роль во время болезни. По Парсонсу эти обязанности включают признание и мотивацию своего состояния, поиск медицинской помощи, доверие врачу и освобождение от обычных социальных и профессиональных задач во время болезни. Эти обязанности подчеркивают необходимость активного участия пациента в процессе лечения и соответствующее соблюдение социальных ожиданий в медицинских взаимодействиях, а также иллюстрируют высокий уровень доверия врачу [27].

В 1990-х годах одной из ключевых проблем было недостаточное изучение доверия как комплексного социально-психологического явления. Из работ этого времени мы для своего исследования выбрали труды Т.П.Скрипкиной, которая стала одной из первых, кто начал рассматривать доверие как «единый феномен, независимо от того, в какой сфере жизни он проявляется: по отношению к миру, к другим людям или к себе» [28].

Т.П.Скрипкина внесла значительный вклад в изучение доверия в контексте врачебных отношений, сосредоточив внимание на эмпатии и взаимопонимании как ключевых аспектах доверительных взаимодействий между врачом и пациентом. В её исследованиях доверие трактуется как самостоятельный тип установки-отношения, формирующийся на основе значимости и восприятия партнёров во взаимодействии как "безопасных субъектов". Скрипкина показала, что доверие в медицинских отношениях можно рассматривать не только как условие существования различных явлений, но и как структурный компонент общения. Её работы важны для современного социолога, поскольку они предлагают глубокий анализ психологических и социологических аспектов доверия как структурного компонента других типов отношений и как отдельной формы общения, раскрывая, как это качество влияет на взаимодействие в медицинской практике. Скрипкина оказала влияние на понимание того, как доверие влияет на

удовлетворенность пациентов, их готовность следовать медицинским рекомендациям и общее восприятие качества медицинских услуг [28].

Ряд исследователей, анализирующих отношения «врач-пациент» с точки зрения доверия, выделяют этот феномен как ключевой аспект, определяющий результативность лечения (Э. Эрикссон, М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, А.И. Яроцкий, В.Ф. Зеленин, Р.А. Лурия, Р. Конечный, М. Боухал, И. Харди). Исходя из общего понимания важности знания психологических особенностей пациента, это способствует формированию благоприятных взаимодействий, что положительно влияет на течение заболевания и способствует более быстрому выздоровлению. Впоследствии важность доверия и доверительных отношений между пациентом и врачом обосновывали не только клиницисты, но и исследователи в области психологии. «В терапевтической практике откровенность и доверие пациента к врачу часто приобретают особое значение. Однако для достижения такого уровня доверия врачу необходимо уметь правильно подходить к пациенту» [29].

Методология

Пациентоориентированный подход является важным элементом предоставления качественной медицинской помощи. Целью данного исследования было выявление механизма воздействия взаимодействия между врачом и пациентом на уровень доверия пациентов. Поскольку эффективное общение между врачом и пациентом способствует повышению этого доверия, учитывая эти концепты была выдвинута гипотеза 1: общение между врачом и пациентом оказывает значительное положительное влияние на доверие пациентов. Учитывая характер этого взаимодействия, предполагается, что общение между врачом и пациентом способствует повышению согласованности их действий, что, в свою очередь, усиливает доверие пациентов. Гипотеза 2 формулируется следующим образом: на построение доверия во взаимоотношении врачей и пациентов влияют такие факторы, как возраст, образование, пол и вид учреждения. Вследствие таких факторов образуются дискриминация по обслуживанию пациентов и разные отношения между врачом и пациентом.

Исследование проводилось с 18 января 2022 года по 15 февраля 2022 года с помощью социологической онлайн-анкеты. Критериями отбора для респондентов были амбулаторные пациенты государственных поликлиник и частных клиник г. Астаны. Для отбора столичных пациентов использовался простой метод случайной выборки с целью определения, как общение врача с пациентом влияет на формирование доверия в отношениях врач-пациент. Данные включали население в возрасте от 20 до 60 лет. Собранные данные были проанализированы с использованием количественных методов. Описательная статистика, такая, как частоты и проценты, использовалась для анализа количественных данных. Анкета состояла из специальных вопросов, разделенных на 2 части. Часть 1 включает демографические характеристики респондентов, часть 2 включает вопросы, связанные с факторами, влияющими на отношения пациентов с врачами и уровень знаний пациентов о собственном здоровье.

В конечном итоге с помощью онлайн-анкеты было распространено в общей сложности 428 анкет. В то же время, чтобы повысить валидность и аутентичность окончательных данных, были исключены анкеты с явно нелогичными ответами на обратные вопросы, очевидными шаблонами ответов или заполненные случайным образом, и всего было отсортировано 359 валидных анкет.

Обсуждение

Демографические характеристики пациентов обобщены в таблице 1. В опросе достоверных данных приняли участие 183 женщины, что составило 51%, и 176 мужчин, это составляет 49% общей численности опросников. Что касается возраста выборки, то 217 человек были в возрасте 20-39 лет, что составляет 60,4%; 109 человек были в возрасте 40-59 лет, это составляет 30,4%; и 16 человек были в возрасте 60 лет и старше, что составляет 4,5% респондентов. По академической квалификации выборки 75 человек имели среднее образование, это составляет 20,9% опросников; 17 человек имели незаконченное высшее образование (4,7%); 262 человек имели высшее образование (73%); 5 человек имели степень магистра или выше, что составляет 1,4%. Что касается вида обслуживающего учреждения, то в него вошли 283 человек, которые ходят в государственную поликлинику, и это составляет 78,8%, а 76 человек обслуживаются в частных клиниках, что составляет 21,2%. Если сделать вывод о демографических характеристиках респондентов, то можно увидеть, что большую часть участников составляют пациенты в возрасте 20-39 лет, а также большая часть населения страны обслуживается безвозмездно по страховке, поэтому обращаются в государственные поликлиники.

Таблица 1

Демографические и другие характеристики участников (n = 359)

Переменные	Категория	Количество	Процент (%)
Пол	Мужчина	176	49
	Женщина	183	51
Возраст	До 20 лет	17	4,7
	20-39	217	60,4
	40-59	109	30,4
	≥60	16	4,5
Образование	Среднее	75	20,9
	Незаконченное высшее	17	4,7
	Высшее	262	73,0
	Послевузовское	5	1,4

Вид учреждения	Государственная поликлиника	283	78,8
	Частная клиника	76	21,2
Национальность	Казах	294	81,9
	Русский	14	3,9
	Другие	51	14,2
Семейное положение	Женат/замужем	279	77,7
	Холост/не замужем	50	13,9
		30	8,4

Для разных обществ и культур характерны отличающиеся отношения, которые складываются между врачом и пациентом, при этом они также различаются в формировании и интерпретациях. Американский биоэтик Роберт Витч выделял 4 основных типа взаимодействия между врачом и пациентом, которые применяются в современных условиях: инженерную, пастырскую (или патерналистскую), коллегиальную и контрактную [30]. Данная классификация позволяет лучше понять особенности этих взаимоотношений, включая уровень доверия пациента к врачу, ответственность больного в процессе лечения и степень взаимопонимания между сторонами.

Американский биоэтик Роберт Витч выделил четыре основные модели взаимоотношений «врач-пациент», каждая из которых по-разному влияет на уровень доверия пациента. В инженерной модели врач воспринимается как механистический специалист, исправляющий «неисправности» в организме пациента, что может снизить доверие из-за ограниченности взаимодействия только техническими аспектами диагностики и лечения. В патерналистской (пастырской) модели врач действует как заботливый наставник, принимающий решения на основе принципов справедливости и милосердия, что способствует доверию, благодаря ощущению поддержки и защиты, хотя это может ограничивать активное участие пациента в процессе лечения. Коллегиальная модель предполагает равноправное сотрудничество между врачом и пациентом, где пациент получает достоверную информацию и активно участвует в принятии решений, что повышает доверие за счет прозрачности и совместного участия. Но у этой модели есть свои слабые стороны. Например, отсутствие гармонии в отношениях между врачом и пациентом. Отсутствие гармонии и взаимопонимания связаны с тем, что у каждого пациента свой психотип и каждый по-разному реагирует на предлагаемые варианты лечения. Поэтому коллегиальная модель предпочтительна для лечения хронических заболеваний, когда коммуникации между врачом и пациентом длятся продолжительное время, и недопонимание исчезает. Наконец, контрактная модель основывается на формальном соглашении, где права и обязанности сторон четко определены, что помогает установить доверие через ясное понимание ролей и ответственности, хотя этот подход может восприниматься как менее личностный и более юридически ориентированный. Такая модель защищает моральные ценности личности. Но в актуальной системе оказания медицинской помощи она не играет еще ведущей роли.

Надо отметить, что представленные модели взаимоотношений «врач-пациент» — это идеальные конструкции, в реальности же выбор одной из них или комбинация нескольких чаще всего может быть определена либо личностными характеристиками врача, либо определенной ситуацией, связанной с состоянием пациента или же тем, какая медицинская помощь ему необходима. При проведении исследования респондентам предложили ответить на вопрос: «В настоящее время существует четыре основных типа взаимоотношений между врачом и пациентом. Какую модель вы выбираете?» Результаты представлены на рисунке 1.

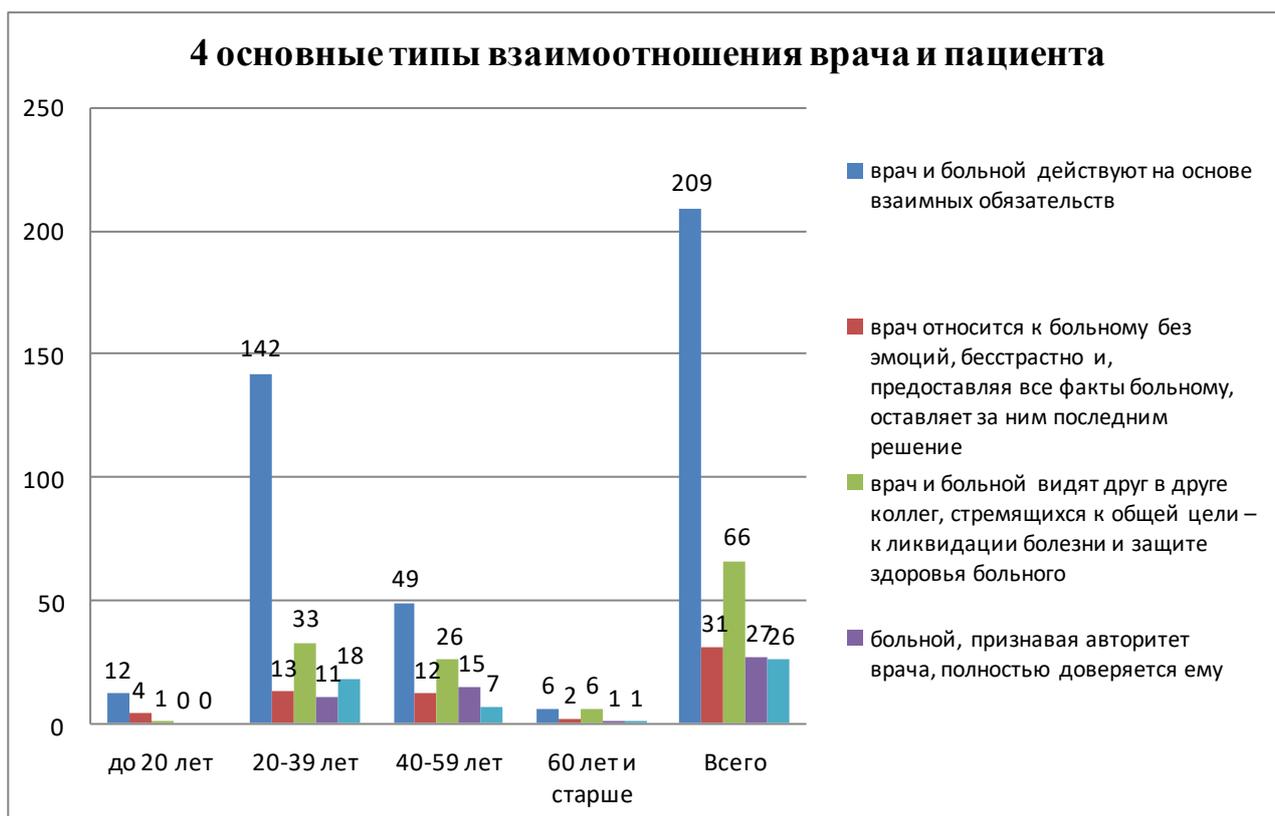


Рисунок 1. Основные типы взаимоотношения врача-пациента.

Опрос показал следующие результаты: основная доля 359 пациентов ($n = 209$) считали, что врач и пациент должны действовать на основании взаимных обязательств, что составляет 58,2% от общего числа пациентов. Классификация по возрасту: 12 (5,7%) пациентов в возрасте до 20 лет, 142 (67,9%) пациентов в возрасте 20-39 лет, 49 (23,4%) пациентов в возрасте 40-59 лет. Число пациентов, которые выступают за коллегиальные отношения врача и больного, которые вместе стремятся к цели – устранить заболевание, сохранить здоровье и улучшить состояние пациента – составляет 66 опрошенных. Пациенты из группы 20-39 лет имеют основное предпочтение вышеуказанным двум типам отношений, а опрошенные из группы 40-59 лет (55,6%) предпочли полностью доверять репутации врача. Если объяснить причину этого, то обнаружим, что представители

среднего возраста больше придерживаются патерналистской формы коммуникаций. Такая модель преобладает потому, что человек, становясь пациентом, испытывает переживания и страх за состояние своего здоровья и за жизнь, в такой ситуации он желает, чтобы врач был не только хладнокровным специалистом, но сопереживающим ему «опекуном». Поиск поддержки связан с внутренними переживаниями пациента и с такими негативными эмоциями, которые вызывает болезнь, как страх, боль, ограничение жизненных возможностей, а также некомпетентность пациента в вопросах медицины. Все это ведет к тому, что больной чувствует себя как человек, нуждающийся в постоянном руководстве врача.

Уровень медицинского образования пациента играет важную роль в формировании доверия на соответствующем уровне в отношениях между врачом и пациентом, ведь чем больше информации имеет пациент, тем легче понять врача и установить близкие отношения. Для этого в анкете пациентам задавались вопросы, позволяющие определить степень их интереса к медицинской теме и источникам информации.



Рисунок 2. Как Вы интересуетесь информацией на медицинские темы?

Результаты опроса показывают, что 317 пациентов всегда интересуются медицинской тематикой, из них 64 процента получают информацию от врачей, 45,4 процента - из средств массовой информации (социальные сети, журналы, телевидение), 112 пациентов - из научных журналов и только 24,3 процента от медсестер. Мы видим, что

периодически интересуются 10,6 процента от общего числа респондентов, в том числе 22 от врачей, 20 от СМИ, 11 от родственников и знакомых. Можно сделать вывод, что большинство пациентов регулярно получают медицинскую информацию через врачей, что, в свою очередь, свидетельствует об их доверии к ним.

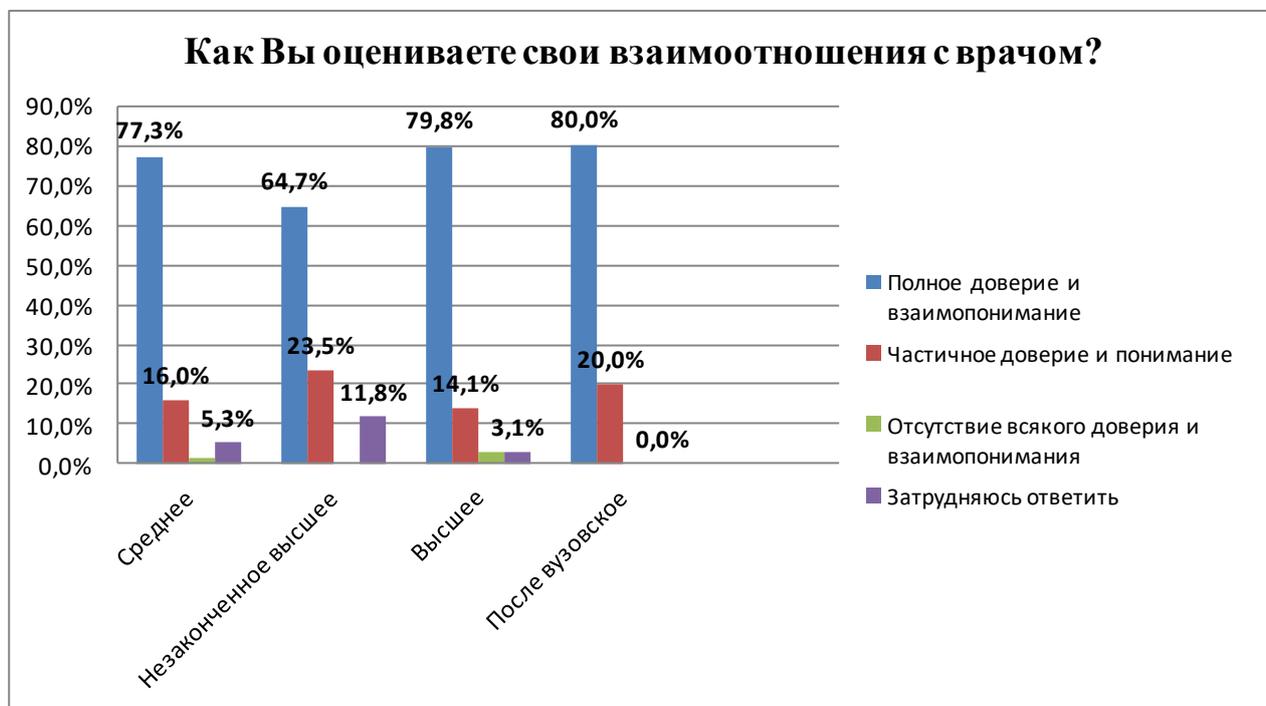


Рисунок 3. Как Вы оцениваете свои взаимоотношения с врачом?

По результатам опроса меняются и отношения пациентов с врачом в зависимости от их уровня образования. Исследование дало нам следующие данные. Среди 209 пациентов с высшим образованием 73,0% полностью доверяют врачу, 37 респондентов выражают частичное доверие, а оставшиеся имеют недостаточное доверие и понимание врача. В то время как из числа пациентов со средним образованием 58 полностью доверяют врачу и понимают его, 12 респондентов имеют лишь частичное доверие. Эти результаты свидетельствуют о том, что большинство респондентов являются высокообразованными гражданами, и значительная часть из них демонстрирует полное доверие к доктору.

Итак, взаимодействие между врачом и пациентом выполняет три ключевых функции: установление положительных межличностных отношений, обмен информацией о формах и методах лечения и совместное принятие решений о лечении [2]. Эффективная коммуникация между доктором и пациентом способствует лучшему пониманию потребностей последних в медицинских услугах, что позволяет предоставлять более качественные медицинские услуги [31]. Между тем исходя из перспективы обработки социальной информации, пациенты с большей вероятностью будут удовлетворены и будут больше доверять, когда они получают информацию посредством общения «врач-

пациент» [3]. Следовательно, эта цепочка облегчает передачу информации пациентам, которые могут ее обработать и оценить для формулирования своего восприятия, отношения и выработки алгоритма поведения. На основании вышеизложенных теорий респондентам задавались вопросы об их здоровье, о лечении, об отношениях с врачом, об их страхах, вызванных болезнью.

Таблица 2

Отношение врача и пациента, в гендерном срезе

Вопрос	Ответ	Мужчина,%	Женщина,%
Как Вам кажется, внимательно ли врач выслушивает Ваши жалобы?	Да	80,1	77,6
	Когда как	19,3	21,3
	Нет	0,6	1,1
Включается ли врач в Ваши проблемы, сопереживает ли он Вам?	Да	75,0	71,6
	Когда как	22,7	25,1
	Нет	2,3	3,3
Если у Вас возникали вопросы к лечащему врачу, получали ли Вы понятный исчерпывающий ответ?	Да, всегда	67,0	64,5
	Да, иногда	23,3	23,0
	Нет	4,5	6,0
	Мне все было понятно	5,1	6,6
Если у Вас были тревога или страх относительно вашего состояния или лечения, была ли возможность у Вас обсудить их с врачом?	Да, в полном объеме	66,5	58,5
	Да, в определенной степени	23,9	31,7
	У меня не было тревог и страхов	9,7	9,8

В результате вопросов были получены следующие ответы: процент выслушивания жалоб врачом составляет 80,1% для мужчин и 77,6% для женщин, но только 67% мужчин и 64,5% женщин говорят, что получают понятный исчерпывающий ответ от лечащего врача. В целом, если проанализировать отношения пациента с врачом по гендерному признаку, мы увидим, что женщины не полностью удовлетворены отношениями с врачом, доверие и понимание низкие по сравнению с мужчинами.

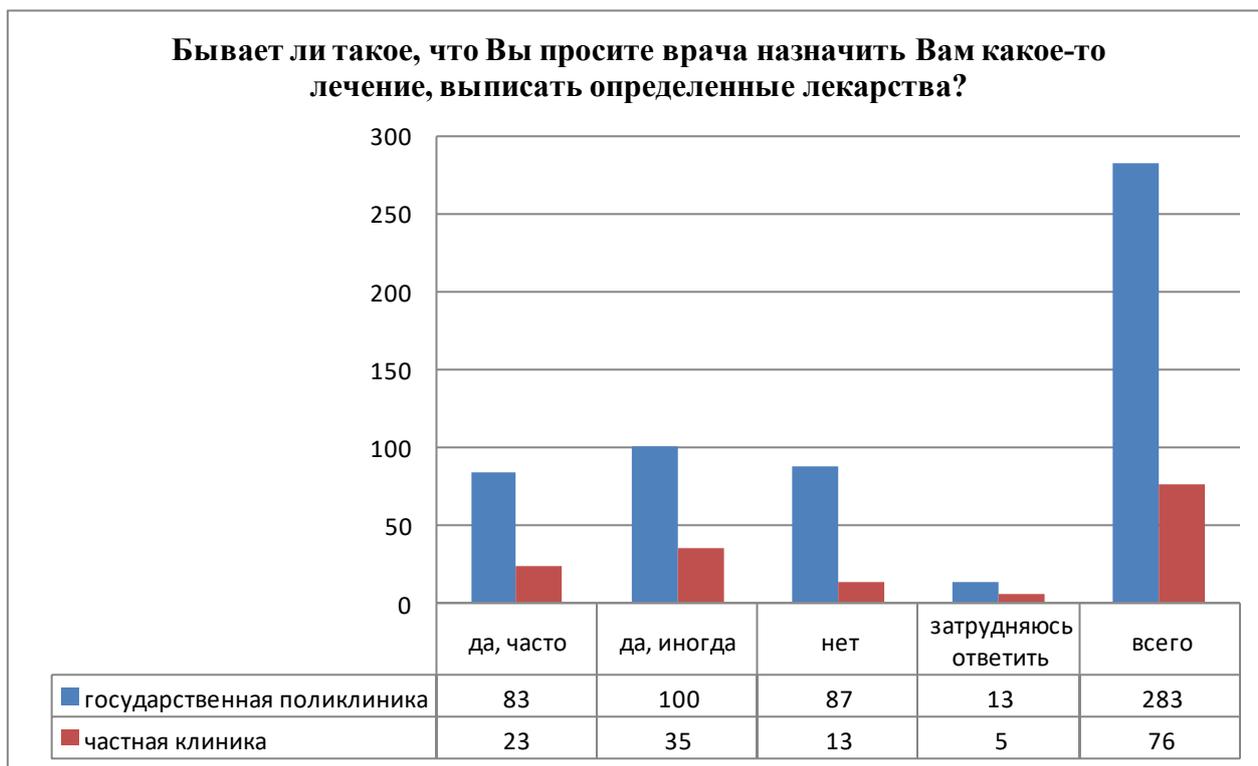


Рисунок 4. Скажите пожалуйста бывает ли такое, что Вы просите врача назначить Вам какое-то лечение, выписать определенные лекарства?

По выше указанной диаграмме можно увидеть, что ответы были получены на основе вопросов пациентов на приеме к врачу в учреждениях относительно вида услуги. Точнее, мы замечаем, что часто пациент просит врача назначить ему лечение и определенный тип лекарства. 29,5% респондентов часто, 37,6% иногда просят выписать тот препарат, который они назвали, что свидетельствует о низком доверии пациентов к врачу, а также об их готовности принимать тот вид лекарств, с которым они знакомы. Только 27,9 процента пациентов, принявших участие в опросе, согласны с назначенным лечением врача и тем препаратом, который прописал врач. Здесь мы считаем, что медицинские работники должны развивать работу, ориентированную на пациента и расширять коммуникацию с пациентом.

В этом исследовании восприятие пациентов в основном отражалось в восприятии пациентами профессионализма и отношения врачей. Большинство пациентов описали нам общие сцены. На вопрос определения основных типов взаимоотношения врача-пациента большинство респондентов ответили, что доктор и больной человек должны действовать на основании взаимных обязательств. Также по результатам исследования заметили, что пациенты часто и иногда сами просят назначить им определенные виды лекарств и лечения. Это говорит о том, что медицинские работники не должны ограничиваться только медицинской практикой, но также должны привлекать в процесс лечения, включать общение, заботу и сопереживание пациентам. Важно уметь

слышать пациентов и создавать доверительные отношения с ними, также заставить четко оценить профессионализм врача и отношение по выражению его лица и жестам, почувствовать, что он излучает заботу и дружелюбие, и обрести чувство безопасности, которое, в свою очередь, создает чувство доверия.

С целью социологического анализа отношения населения к вакцинации и процессу ее принятия после пандемии коронавируса респонденты были опрошены следующим образом.

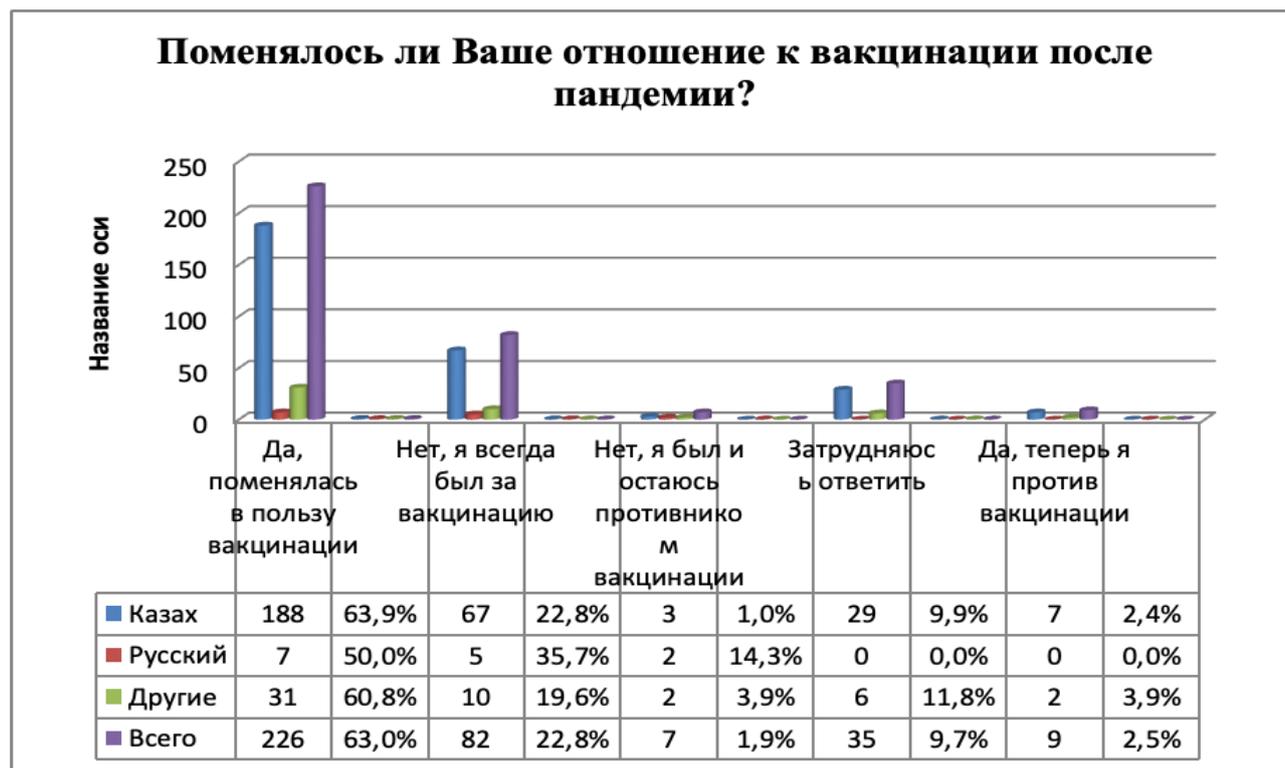


Рисунок 5. Поменялось ли ваше отношение к вакцинации с начала пандемии?

По результатам опроса мы видим, что отношение 226 пациентов к вакцинации изменилось в сторону положительного результата. Если классифицировать этот показатель по национальностям, то 83,2 процента составляют казахи, 3,1 процента – русские, остальные – представители других национальностей. 22,8 процента респондентов заявили, что поддерживали вакцинацию еще до пандемии, а 2,5 процента, наоборот, были против вакцинации после пандемии. Вывод из этого анализа заключается в том, что после пандемии Covid-19 наблюдается рост доверия людей к вакцинации, можно отметить несколько факторов, влияющих на такое положительное изменение: количество заболевших, информированность о пользе вакцины, распространенность секулярных ценностей в обществе, распространенность в обществе постматериалистических ценностей, высокая оценка личности.

В заключение следует подчеркнуть, что установление и поддержание доверительных отношений между врачами и пациентами имеет критическое значение для надлежащего

функционирования медицинских систем, поскольку такие системы зависят от эмоциональных и межличностных взаимодействий. Исследования показывают, что формирование доверия является ключевым аспектом работы медицинских учреждений. Например, пациенты с низким начальным уровнем доверия к врачам чаще испытывают неудовлетворенность лечением, реже следуют рекомендациям врачей и нередко сообщают о том, что необходимые или запрашиваемые медицинские услуги не были предоставлены. Это можно объяснить несколькими факторами. Во-первых, доверие является основой для открытого и честного общения между врачом и пациентом. Когда пациент не доверяет врачу, он может не раскрывать всю необходимую информацию о своем состоянии, что затрудняет постановку точного диагноза и выбор оптимального лечения. Во-вторых, пациенты с низким уровнем доверия могут быть более скептически настроены к рекомендациям врача и, следовательно, менее склонны их выполнять, что негативно сказывается на результатах лечения. В-третьих, недостаток доверия может привести к восприятию медицинских услуг как недостаточных или некачественных, даже если они были предоставлены в полном объеме. Таким образом, формирование доверительных отношений является критически важным для повышения удовлетворенности пациентов, улучшения соблюдения медицинских рекомендаций и обеспечения высокого качества медицинской помощи.

Наибольшее доверие к медицинской системе проявляют молодые и хорошо образованные люди, тогда как лица с низким уровнем образования выражают большее недоверие к системе здравоохранения и её представителям. Это объясняется следующими причинами. Прежде всего, более образованные люди обладают лучшим пониманием медицинских процессов и процедур, что позволяет им оценить профессионализм и компетентность врачей, снижая уровень неопределенности и страха. В то же время, лица с низким уровнем образования могут испытывать трудности в понимании медицинской информации и чувствовать себя менее уверенно в общении с медицинским персоналом, что усиливает их недоверие. Эти различия в восприятии и уровне знаний подчеркивают важность образовательных программ и коммуникационных стратегий, направленных на повышение доверия к медицинской системе среди всех групп населения.

Выводы

Подводя итоги, хотелось бы сделать акцент на том, что доверие является одним из главных элементов в медицине. Оно не только способствует эффективной процедуре лечения, а также создает положительный имидж медицинских учреждений, медицинских работников, медицинской отрасли. Таким образом, ключевым фактором становятся медико-профессиональные и психолого-коммуникативные навыки медицинского персонала, включая их эмпатию в отношении к пациентам и их родственникам. Количественные данные подчеркивают, что цепочка «врач-пациент» – это важный аспект создания предполагаемого доверия.

В этом исследовании при проведении анализа влияния общения между врачом и пациентом на доверие были рассмотрены несколько гипотез. Во-первых, взаимодействие

между врачом и пациентом оказывает влияние на становление доверия пациентов. Учитывая характер этого взаимодействия, предполагается, что общение между врачом и пациентом способствует повышению согласованности их действий, что, в свою очередь, усиливает доверие пациентов. Во-вторых, на построение доверия во взаимоотношении врачей и пациентов влияют такие факторы, как возраст, образование, пол и вид учреждения. Вследствие таких факторов образуются дискриминация по обслуживанию пациентов и разные отношения между врачом и пациентом.

Анализ опроса демонстрирует что респондентов всегда интересует медицинская тема, что людям лучше быть информированными о своем здоровье, а также потребность пациента и врача говорить друг другу правду, которая, в свою очередь, помогает установить доверительные отношения между ними. Также по результатам исследования заметно, что пациенты с ограниченными знаниями в области здравоохранения имеют более низкий уровень доверия к медицинским работникам, часто ощущая разрыв в понимании, что делает их более уязвимыми. Образованные пациенты обладают более независимым мышлением и способны лучше анализировать свою болезнь, что укрепляет их доверие к врачам. Пациенты с низким уровнем образования, напротив, могут испытывать сложности в восприятии медицинской информации, что снижает их доверие. Для улучшения этой ситуации медики должны упрощать объяснения и предоставлять целенаправленную поддержку таким пациентам, что поможет укрепить их доверие. В ходе этого исследования были выявлены демографические факторы, влияющие на отношение столичных пациентов к врачам. Исследование показало, что пол, образование и тип учреждения обслуживания влияют на отношение доверия пациента. Мужчины-пациенты с высшим образованием более доверчивы, чем женщины-пациенты со средним образованием, также при анализе по возрасту преимущественно пациенты 20-39 лет считают, что между врачом и пациентом должны быть взаимно доверительные отношения. Анализируя распределение респондентов по типам медицинских учреждений, можно отметить, что большинство из них обслуживаются в государственных поликлиниках. Это объясняется тем, что по статистическим данным значительная часть населения получает медицинскую помощь именно в этих учреждениях.

Следовательно, для повышения уровня доверия пациентов необходимо качественное общение «врач-пациент». Включение в общение сочувствия, терпения рассматривается как эффективный способ улучшения доверия пациентов. Результаты исследования имеют значительные последствия для руководства медицинских учреждений. Во-первых, они подчеркивают, что общение между врачом и пациентом существенно влияет на уровень доверительности. В реальной клинической практике важно уделять внимание улучшению коммуникации между врачами и пациентами, а также усилению обучения медицинского персонала навыкам общения во всех уровнях. Администрации медицинских учреждений необходимо организовать обучение медицинского персонала по улучшению коммуникационных навыков, включая активное слушание и эффективное объяснение медицинской информации, что поможет пациентам лучше понимать процесс лечения и почувствовать большую уверенность. Во-вторых,

администрации медицинских учреждений необходимо разработать рекомендации по проведению консультаций, которые регулируют качество отношений в цепочке «врач-пациент». Прозрачность в предоставлении информации о диагнозах, вариантах лечения и связанных рисках также играет критическую роль, поскольку способствует более открытому и честному взаимодействию. Такой подход включает ограничение числа ежедневных амбулаторных визитов и обеспечение достаточного времени для общения с пациентами, а не только бюрократической фиксации врачебного приема. Кроме того, администраторам следует уделять больше внимания согласованности отношений между врачами и пациентами. Определение эффективных механизмов посредничества предоставляет администраторам инструменты для повышения доверия пациентов. Например, можно настроить онлайн-ответы для обработки вопросов и сомнений пациентов относительно медицинской помощи. Обеспечение легкого доступа к медицинским данным и рекомендациям, создание поддержки для пациентов через консультационные службы и улучшение условий пребывания в медицинских учреждениях также способствуют укреплению доверия.

Для повышения достоверности результатов будущих социологических исследований в медицине в отношении «врач-пациент» рекомендуется использовать дополнительные научные методы выборки, которые позволят более глубоко изучить вопросы доверия пациентов врачам.

Вклад авторов:

А.Т. Шилменова – создание концепции исследовательской работы, оформление результатов работы, анализ, написание текста, проработка вопросов, связанных с корректностью данных или целостностью частей статьи.

Э.С. Отар – как научный руководитель, критически пересмотреть содержание текста и утвердить окончательный вариант статьи для публикации.

Список литературы

1. Петрокки С., Яннелло П., Леккизо Ф., Леванте А., Антониетти А., Шульц П. Межличностное доверие в отношениях между врачом и пациентом: данные диадического анализа и связь с качеством диадического общения // *Social Science & Medicine*. – 2019. – №235. – С. 112391. – DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112391.
2. Онг Л.М., де Хейс Дж. С., Хоос А.М., Ламмес Ф.Б. Коммуникация врача и пациента: обзор литературы // *Соц. науки. Мед.* – 1995. – 40(7):903–918. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00155-М.
3. Беласен А., Беласен А.Т. Коммуникация врача и пациента: обзор и обоснование использования системы оценки // *J Health Organ Manag.* – 2018. – 32(7):891–907. DOI:10.1108/JHOM-10-2017-0262.
4. Вей Д., Сюй А., Ву С. Опосредованное влияние доверия на взаимосвязь между общением между врачом и пациентом и восприятием пациентами рисков во время лечения // *PsyCh Journal*. – 2020. – №9(3). – С. 383–391. – DOI: 10.1002/pchj.327.

5. Казин Г., Маст М.С., Ротер Д.Л., Холл Дж.А. Соответствие между стилем общения врача и отношением пациента к лечению предсказывает удовлетворенность пациента // *Patient Education and Counseling*. – 2012. – №87(2). – С. 193–197. – DOI: 10.1016/j.pesc.2011.08.004.
6. Севич М., Абрамович М., Добкин П.Л., Тамблин Р. Измерение различий между восприятием здоровья пациентами и врачами: шкала расхождения мнений между пациентами и врачами // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2003. – №26(3). – С. 245–264. – DOI: 10.1023/a:1023412604715.
7. Эпштейн А.М., Тейлор У.С., Сидж Г.Р. Влияние социально-экономического статуса пациентов и подготовки и практики врачей на общение между пациентом и врачом // *American Journal of Medicine*. – 1985. – №78(1). – С. 101–106. – DOI: 10.1016/0002-9343(85)90469-3.
8. Бредарт А., Буле С., Долбо С. Общение между врачом и пациентом и удовлетворенность лечением в онкологии // *Current Opinion in Oncology*. – 2005. – №17(4). – С. 351–354. – DOI: 10.1097/01.cco.0000167734.26454.30.
9. Staiger T.O., Jarvik J.G., Deyo R.A. и др. Согласие между пациентом и врачом как прогностический фактор результатов лечения пациентов с болью в спине // *Journal of General Internal Medicine*. – 2003. – №18. – С. 233–234. – DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0175.x.
10. Mead N., Bauer P. Ориентированность на пациента: концептуальная структура и обзор эмпирической литературы // *Соц. Науки. Мед.* – 2000. – 51:1087-1110. doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8.
11. Hashim M.J. Коммуникация, ориентированная на пациента: основные навыки // *Am. Fam. Phys.* – 2017. – 95:29-34.
12. Levinson W., Lesser K.S., Epstein R.M. Развитие коммуникационных навыков врачей для предоставления ухода, ориентированного на пациента // *Health Aff.* – 2010. – 29:1310-1318. doi:10.1377/hlthaff.2009.0450.
13. Epstein R.M., Duberstein P.R., Fenton J.J., Fischella K., Hoerger M., Tancredi D.J., Sin G., Gramling R., Mogillet S., Franks P. и др. Влияние интервенции в области коммуникации, ориентированной на пациента, на коммуникацию между онкологом и пациентом, качество жизни и использование медицинских услуг при поздних стадиях рака: рандомизированное клиническое исследование VOICE // *JAMA Oncol.* – 2017. – 3:92-100. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4373.
14. King A., Норре Р.В. «Лучшие практики» в коммуникации, ориентированной на пациента: нарративный обзор // *J.Grad. Med. Education*. – 2013. – 5:385-393. doi:10.4300/JGME-D-13-00072.1.
15. Epstein R.M., Street R.L.Jr. Коммуникация, ориентированная на пациента, в лечении рака: содействие исцелению и снижение страдания // Национальный институт рака. Национальные институты здравоохранения. – Бетесда, МД, США, 2007.
16. Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погорьша В.М. Межличностная коммуникация. – СПб. – Питер, 2001.
17. Карвасарский Б.Д. (ред.) Клиническая психология. – СПб. – Питер, 2002. – 635 с.
18. Ли Л. Восстановление доверия – один из критериев успешности реформы государственных больниц // *Chin Health Insur.* – 2010. – 5:34.
19. Цзи Й., Чэнь Цз., Ху Х. и др. Статус и прогресс теории коммуникации врача и пациента // *Chinese Hospital Management*. – 2014. – 34(09). 78-80.
20. Селигмен А. Проблема доверия / Перевод с англ. М.: Идея-Пресс, 2002.
21. Парсонс Т. Система современных обществ / Перевод, с англ. М.: Аспект Пресс, 1998.

22. Гидденс Э. Последствия современности // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 11. Социология: Реф. журн. М.: РАН ИНИОН, 1994. № 2. С. 3-13.
23. Луман Н. Формы помощи в процессе изменения общественных условий // Социологический журнал. 2000. №1-2.
24. Штомпка П. Доверие — основа общества. М.: Логос, 2012. С. 15.
25. Лапин И.П. Личность и медицина. Введение в психологию фармакотерапии. – СПб. – Дина, 2001.
26. Закон Республики Казахстан от 19 мая 1997 года № 111-І «О защите здоровья граждан в Республике Казахстан» // [Электронный ресурс] - <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z970000111/>
27. Парсонс Т. Социальная система // Free Press – Нью-Йорк, 1951.
28. Скрипкина Т.П. Психология доверия // Издательский центр «Академия» – Москва, 2000. –328 с.
29. Лебединский М.С., Мясищев В.Н. Медицинская психология и образование врача. – Медицина. – Лондон, 1966. –407 с.
30. Юдин Б.Г., Тищенко П.Д. Введение в биоэтику. – Москва, 1998.
31. Мацуока К., Исикава Х., Накаяма Т. и др. Коммуникация врача и пациента влияет на удовлетворенность пациента в принятии решений о лечении: анализ структурных уравнений веб-опроса пациентов с язвенным колитом // J. Gastroenterol. – 2021. – 56(9):843–855. doi: 10.1007/s00535-021-01811-1.

А.Т. Шилменова, Э.С. Отар

Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия Ұлттық Университеті, Астана, Қазақстан

**Дәрігер мен науқастың өзара әрекеттесуі сенімнің қалыптасуына әсері:
элеуметтанулық талдау**

Андатпа. Ғылыми мақалада дәрігер мен пациент қарым-қатынасының және науқас сенімі үшін олардың арасындағы келісімділік құндылығының маңыздылығы, сондай-ақ дәрігер-пациент қатынасының пациент сеніміне болжамды әсер етуі көрсетіледі. Дәрігермен байланыс дәрігер мен пациент қарым-қатынасын орнатуда орталық элемент болып табылады. Дәрігер мен пациент қарым-қатынасы медицина тәжірибесінің негізі және денсаулық сақтау жүйесінің орталық элементі болып табылады. Бұл элеуметтік тұрақтылыққа, денсаулық үндестігі мен дамуына, сондай-ақ пациент бейілділігін жақсартуға, оның ортақ шешім қабылдауда құштарлығын арттыруға елеулі әсер етеді. Дәрігерлік қарым-қатынас дәрігерлердің науқастың ауру тарихын алу, диагнозды түсіндіру, емдеу бойынша ұсыныстар беру және кеңес беру сияқты нақты медициналық тапсырмалар мен мінез-құлықтарды орындау қабілеті ретінде анықталады. Дәрігермен жақсы қарым-қатынас орнату дәрігер мен пациенттің қарым-қатынасын жақсартады және пациенттің қанағаттануын арттырады.

Дәрігер мен пациенттің қарым-қатынасын зерттеу қажет және өзекті, өйткені медициналық көмектің сапасы соған байланысты. Тиімді қарым-қатынас пен сенім пациенттің сәйкестігіне

әсер етеді, медициналық қателерді азайтады және жалпы денсаулықты жақсартады. Созылмалы аурулардың көбеюі және телемедицина сияқты технологиялардың тез енгізілуі жағдайында бұл қарым-қатынастарды түсіну медициналық көмекті оңтайландыру, пациенттердің қанағаттануын және жалпы денсаулық сақтау тиімділігін арттырудың кілті болып табылады.

Бұл ғылыми мақаланың мақсаты – дәрігер мен пациенттің өзара әрекеттесуінің пациенттердің сенім деңгейіне әсер ету механизмін зерттеу және дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынасқа демографиялық факторлардың әсерін бағалау. Өйткені дәрігер мен пациент арасындағы тиімді қарым-қатынас бұл сенімді нығайтуға көмектеседі.

Түйін сөздер: медицина әлеуметтануы, сенім, сенімді қарым-қатынас, дәрігер, пациент, дәрігер-пациент қарым-қатынасының үлгілері, дәрігер мен пациент арасындағы келісімділік.

A.T. Shilmenova, E.S. Otar

L.N. Gumilyov Eurasian National University

The impact of doctor-patient interaction on trust formation: a sociological analysis

Abstract. The article discusses that the interaction and alignment between doctor and patient significantly impact the level of patient trust. Direct communication with the doctor directly contributes to strengthening this trust, but it also influences it indirectly through the coordination of actions and understanding between both parties. The relationship between doctor and patient plays a key role in medical practice and is a central element of the healthcare system, affecting social stability, harmony, and public health. These relationships also significantly influence patient adherence to treatment, their participation in shared decision-making, and the overall treatment outcomes.

Effective doctor-patient communication is determined by the doctor's ability to perform medical tasks proficiently, such as taking medical history, explaining diagnoses, providing treatment recommendations, and offering counseling. Good interaction improves doctor-patient relationships, increasing patient satisfaction.

The study of doctor-patient relationships is necessary and relevant, since the quality of medical care depends on it. Effective communication and trust affect patient compliance with recommendations, reduction of medical errors and improvement of overall well-being. In the context of the growth of chronic diseases and active implementation of technologies such as telemedicine, understanding these relationships is becoming key to optimizing treatment, increasing patient satisfaction and the effectiveness of healthcare in general.

The purpose of this scientific article is to study the mechanism of the impact of doctor-patient interaction on the level of patient trust and to assess the influence of demographic factors on doctor-patient communication. Since effective communication between a doctor and a patient helps to increase this trust.

Keywords: sociology of medicine, trust, trusting relationships, doctor, patient, models of doctor-patient relationships, agreement between patient and doctor.

References

1. Petrocchi S, Iannello P, Lecciso F, Levante A, Antonietti A, Schulz PJ. Interpersonal trust in doctor-patient relation: evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication, *Soc Sci Med.* 235, (2019). doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112391 [DOI] [PubMed] [Google Scholar].
2. L.M. Ong, J.C.de Haes, A.M. Hoos, F.B. Lammes, Doctor - Patient communication: a literature review, *Soc Sci Med*, 40(7), 903–918 (1995). DOI: 10.1016/0277-9536(94)00155-M [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar].
3. Belasen A., Belasen A.T. Physician-Patient Communication: A Review and Rationale for Using an Assessment System, *J Health Organ Manag*, 32(7), 891–907 (2018). DOI:10.1108/JHOM-10-2017-0262 [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar]
4. Wei D, Xu A, Wu X. The mediating effect of trust on the relationship between doctor-patient communication and patients' risk perception during treatment, *PsyCh J.* 9(3), 383–391 (2020). doi: 10.1002/pchj.327 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
5. Cousin G, Mast MS, Roter DL, Hall JA. Concordance between physician communication style and patient attitudes predicts patient satisfaction // *Pat Educ Coun Pat Educ Couns.* 87(2), 193–197 (2012). doi: 10.1016/j.pec.2011.08.004 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
6. Sewitch M, Abrahamowicz M, Dobkin PL, Tamblyn R. Measuring differences between patients' and physicians' health perceptions: the patient-physician discordance scale, *J Behav Med.* 26(3), 245–264 (2003). doi: 10.1023/a:1023412604715 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. Epstein AM, Taylor WC, Seage GR. Effects of patients' socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication, *Am j Med.* 78(1), 101–106 (1985). doi: 10.1016/0002-9343(85)90469-3 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
8. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology, *Curr Opin Oncol.* 17(4), 351–354 (2005). doi: 10.1097/01.cco.0000167734.26454.30 [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
9. Staiger TO, Jarvik JG, Deyo RA, et al. Patient-physician agreement as a predictor of outcomes in patients with back pain, *J Gen Intern Med.* 18, 233–234 (2000). doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0175.x [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Mead N., Bauer P. Patient-centricity: a conceptual framework and review of the empirical literature, *Soc. Sci. Med.* 51, 1087–1110 (2000). doi:10.1016/S0277-9536(00)00098-8. [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar]
11. Hashim M.J. Patient-Centered Communication: Basic Skills, *Am. Fam. Phys.* 95, 29-34 (2017). [PubMed] [Google Scholar]
12. Levinson W., Lesser K.S., Epstein R.M. Developing Physician Communication Skills to Deliver Patient-Centered Care, *Health Aff.* 29, 1310-1318 (2010). doi:10.1377/hlthaff.2009.0450. [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar]
13. Epstein R.M., Duberstein P.R., Fenton J.J., Fischella K., Hoerger M., Tancredi D.J., Sin G., Gramling R., Mogillet S., Franks P, et al. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and healthcare utilization in advanced cancer: the VOICE randomized clinical trial, *JAMA Oncol.* 3, 92-100 (2017). doi:10.1001/jamaoncol.2016.4373. [Free article PMC] [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar]

14. King A., Hoppe R.B. "Best Practice" in Patient-Centered Communication: A Narrative Review, J. Grad. Med. Education. 5, 385-393 (2013). doi:10.4300/JGME-D-13-00072.1. [Free article PMC] [PubMed] [Cross reference] [Google Scholar]
15. Epstein R.M., Street R.L.Jr. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering, National Cancer Institute. National Institutes of Health Bethesda, MD, USA, (2007).
16. Kunitsyna V.N., Kazarinova N.V., Pogolsha V.M. Mezhlchnostnaya kommunikatsiya [Interpersonal communication], Saint Petersburg, Piter, (2001) [in Russian].
17. Karvasarsky B.D. (Ed.). Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology], Saint Petersburg, Piter, 635 (2002). [in Russian]
18. Lee L. Restoring trust is one of the criteria for the success of public hospital reform, Chin Health Insur, 5, 34 (2010). [Google Scholar]
19. Ji Y, Chen J, Hu H, et al. Research status and progress of physician-patient communication theory, Chinese Hospital Management, 34(09), 78-80 (2014). [Google Scholar]
20. Seligman A. Problema doveriya [The problem of trust] Translated from English, Moscow, Idea-Press, (2002). [in Russian]
21. Parsons T. Sistema sovremennykh obshchestv [The system of modern societies], Translated from English, Moscow, Aspect Press, (1998). [in Russian]
22. Giddens A. Posledstviya sovremennosti [The consequences of modernity], Socialniye I gumenitarniye nauki. Otechestvennaya I zarubezhnaya [Social and Humanities Sciences. Domestic and foreign literature], Sociology: Ref. Journal, Moscow, RAS INION, 11 (2), 3-13 (1994). [in Russian]
23. Luhmann N. Formy pomoshchi v protsesse izmeneniya obshchestvennykh uslovii [Forms of assistance in the process of changing social conditions], Sociological Journal, 1-2, (2000). [in Russian]
24. Shtompka P. Doverie – osnova obshchestva [Trust is the foundation of society], Moscow, Logos, 15 (2012). [in Russian]
25. Lapin I.P. Lichnost' i meditsina. Vvedenie v psikhologiyu farmakoterapii [Personality and medicine. Introduction to the psychology of pharmacotherapy], Saint Petersburg, Dina, (2001). [in Russian]
26. Zakon Respubliki Kazakhstan ot 19 maya 1997 goda № 111-I «O zashchite zdorov'ya grazhdan v Respublike Kazakhstan» [Law of the Republic of Kazakhstan dated May 19, 1997, No. 111-I "On the Protection of Citizens' Health in the Republic of Kazakhstan"], [Electronic resource]. URL: <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z970000111/>. [in Russian]
27. Parsons T. The social system, Free Press, New York, 1951.
28. Skripkina T.P. Psikhologiya doveriya [The psychology of trust]. Moscow, Publishing Center "Academy", 328 (2000). [in Russian]
29. Lebedinsky M.S., Myasishchev V.N. Meditsinskaya psikhologiya i obrazovanie vrachei [Medical psychology and doctor education], London, Medicine, 407 (1966). [in Russian]
30. Yudin B.G., Tishchenko P.D. Vvedenie v bioetiku [Introduction to bioethics], Moscow, (1998). [in Russian]
31. Matsuoka K, Ishikawa H, Nakayama T, et al. Physician-patient communication influences patient satisfaction in treatment decision making: a structural equation modeling analysis of a web-based survey

of ulcerative colitis patients, J. Gastroenterol, 56(9), 843–855 (2021). doi: 10.1007/s00535-021-01811-1 [Free article PMC] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

Сведения об авторах:

Э.С. Отар – PhD, доцент кафедры «социология», Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева, адрес: А. Янушкевича, 6, г.Астана, Казахстан.

А.Т. Шилменова – докторант специальности «Социология», Евразийский национальный университет имени Л.Н. Гумилева, адрес: А. Янушкевича, 6, г.Астана, Казахстан.

Авторлар туралы мәлімет:

Э.С. Отар – PhD, «әлеуметтану» кафедрасының доценті, Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, мекенжайы: А. Янушкевич көшесі, 6, Астана қаласы, Қазақстан.

А.Т. Шилменова – «Әлеуметтану» мамандығының докторанты, Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия ұлттық университеті, мекенжайы: А. Янушкевич көшесі, 6, Астана қаласы, Қазақстан.

Information about authors:

E.S. Otar – PhD doctor, associate professor of "Sociology" department, L.N. Gumilyov Eurasian National University. A. Yanushkevich street, 6, Astana, Kazakhstan.

A.T. Shilmenova – doctoral student majoring in Sociology, L.N. Gumilyov Eurasian National University. A. Yanushkevich street, 6, Astana, Kazakhstan.