

ОЦЕНКА БОЛЬНЫМ НЕКОТОРЫХ ЛИЧНОСТНЫХ КАЧЕСТВ РЕВМАТОЛОГА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ

*Н.И.Коршунов, Ю.С.Филатова, Н.В.Яльцева, Е.В.Речкина
Ярославская государственная медицинская академия*

Резюме

Цель. Установить связь эффективности лечения стационарных больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата с некоторыми личностными характеристиками их лечащих врачей по оценке пациентов.

Материал и методы. 181 больной с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (большинство ревматоидным артритом и остеоартрозом) и 6 лечащих врачей разного стажа работы и квалификации. Использовалась методика «Идеальный – реальный врач»

Результаты. Рассчитанные средние показатели негативизма к врачу и показатели обобщенной конфликтности в диаде «врач – больной» различались среди оценивавшихся ревматологов, при этом крайние значения у разных ревматологов – существенно. Наибольшие расхождения между идеальным и реальным врачом отмечены по такой характеристике, как настроение врача. Не установлено связи между показателями конфликтности, возрастом и стажем работы ревматолога, а также его квалификацией. Врачи ранжировались по их успешности лечебной деятельности (на основании числа позитивных и негативных результатов по оценке больного), а также в зависимости от степени показателей конфликтности и выраженности некоторых личностных особенностей (ум, внимание, терпение, настроение, отзывчивость, общительность, твердость). С помощью метода ранговой корреляции Спирмена установлено, что показатели конфликтности в диаде «врач – больной» и такими качествами врача, как внимательность и терпеливость, вместе с эффективностью лечения формируют констелляцию признаков, определяющую успешность врача и его рейтинг в глазах пациента.

Вывод. Подтверждена важность включения ряда личностных качеств в понятие «профессиональная компетентность» врача, обосновывается необходимость неформального подхода к оценке его квалификации с учетом не только специальных знаний, навыков и владения профессиональными «технологиями», но и возможностей его взаимодействия с пациентом.

Ключевые слова: *больные с заболеваниями суставов, личность врача, эффект лечения*

Важная роль лечащего врача в достижении терапевтического эффекта не подлежит сомнению. И речь идет не только о его узко профессиональной компетентности (например, как специалиста-ревматолога), но и личностных характеристиках. В связи с этим, как и в ряде других работ, посвященных деонтологическим и психологическим аспектам врачебной деятельности, уместно процитировать замечательные слова М.Балинта: «Врач сам по себе является лекарством, необходимо только принимать во внимание дозировку и побочные эффекты его личности». Эффект пла-

цебо во многом индуцируется, потенцируется или нивелируется личностью врача, что мы так часто видим на практике. По-видимому, даже на результаты контролируемых клинических исследований эффективности лекарств могут влиять характеристики исследователей, которые обладают различным психотерапевтическим потенциалом. Особенно это возможно в случаях хронической патологии, когда медицинские, психологические и социальные факторы тесно переплетаются. В то же время многие работы по изучению влияния врача на терапевтический эффект, будучи основаны на личном опыте авторов и отдельных примерах, являются декларативными; специальные исследования по этой проблеме в клинической литературе практически отсутствуют.

Таблица 1

ПОКАЗАТЕЛИ КОНФЛИКТНОСТИ В ДИАДЕ «ВРАЧ-БОЛЬНОЙ» У 6 РЕВМАТОЛОГОВ

	A	B	C	D	E	F
S	4,2±0,59	5,5±0,75	4,4±0,56	3,3±0,68	3,8±0,63	4,9±0,85
N	0,4±0,26	0,3±0,15*	0,5±0,17	0,5±0,32	1,3±0,35*	1,2±0,42
K	0,04±0,03	0,04±0,02*	0,08±0,03	0,1±0,08	0,18±0,05*	0,14±0,05

* p < 0,05

Цель исследования: попытка оценить связь эффективности лечения больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, находившихся на лечении в ревматологическом отделении, с некоторыми характеристиками лечащих врачей, оценку которым давали пациенты.

Материал и методы

Всего в исследование включены 181 больной с различными заболеваниями, большинство из которых страдали ревматоидным артритом и остеоартрозом, а также 6 лечащих врачей (5жен. и 1 муж.) разного стажа работы и квалификации. Была использована методика «Идеальный – реальный врач», предложенная Н.В. Яковлевой [1] для оценки степени конфликтности в диаде «врач – больной», согласно которой больному предлагалось оценить врача по семи важным характеристикам, представленным в виде полярных профилей (с пятью градациями по каждой характеристике): 1) умный – не умный; 2) внимательный – невнимательный; 3) терпеливый – нетерпеливый; 4) веселый, с шуткой – серьезный; 5) спокойный, ровный, холодный – отзывчивый; 6) общительный – общительный; 7) твердый, может приказывать – мягкий, больше советуется с больным. Вначале пациент представлял идеального, с его точки зрения, врача, а затем – реального, конкретного. Путем сравнения величины расхождений между идеальным и реальным врачом рассчитывались три показателя, характеризующие степень приемлемости врача, степень удовлетворенности врачом, или иначе (с другой стороны) – степень конфликтности: 1) S – показатель общей конфликтности (величина расхождения по всем семи характеристикам); 2) N – показатель негативизма к врачу (величина расхождения по трем первым наиболее существенным характеристикам); 3) K – показатель обобщенной конфликтности (соотношение K/S – соотношение важнейших профессиональных недостатков и тех недостатков характерологических особенностей врача, которые не импонируют данному больному). В среднем на одного врача пришлось 30 пациентов, его характеризующих (от 18 до 54 на каждого), что может представлять относительно объективную характеристику его качеств, видимых «со стороны». Не имелось существенных различий в группах пациентов у каждого из ревматологов как по нозологической структуре, так и по тяжести заболеваний. Методика оценки «Идеальный – реальный врач» выполнялась

независимым лицом (одним из авторов настоящей работы) с согласия пациентов и лечащих врачей.

Результаты и обсуждение

Основные показатели конфликтности врачей-ревматологов представлены в табл. 1 (здесь и далее число пациентов у каждого врача не указано из этических соображений для сохранения конфиденциальности). Как видно, по некоторым из них отдельные врачи различаются существенно. Так, у врачей В и Е мы видим крайние значения показателей негативизма и обобщенной конфликтности.

Обратим внимание на расхождения по отдельным врачебным характеристикам, представленным в методике «Идеальный – реальный врач» (табл. 2.) По ряду из них отмечено существенное отличие у различных ревматологов. Это касается, прежде всего, характеристик в отношении ума, внимательности и настроения. Отметим в качестве принципиального комментария к полученным результатам то, что не установлено связи как между интегральными показателями конфликтности, так и расхождением в отдельных парциальных характеристиках с возрастом ревматологов, их стажем работы и формальной квалификацией, определяемой по соответствующим документам (наличие ученой степени, квалификационная категория). Обратим также внимание на то, что наибольшие расхождения в характеристиках идеального и реального врача регистрировались по такой графе, как уровень настроения. У трех врачей величина расхождения составляла более 40% от максимально возможной, еще у одного более 25%. Хотя, возможно, это не самая существенная черта личности врача, которая производит впечатление на больного и влияет на конечный результат лечения, она заслуживает самого серьезного внимания в его практической работе.

Какие же врачи были более успешными в этой работе? Мы попытались установить, есть ли связь между терапевтическим эффектом, показателями конфликтности и степенью расхождения по отдельным личностным характеристикам ревматологов. Для этого использовали метод ранговой корреляции Спирмена, расставляя каждый раз в ранговой последовательности 6 ревматологов по успешности в лечении и по указанным выше характеристикам. Ранговая последовательность ревматологов по их успешности в лечебной работе устанавливалась на основе трехбалльной оценки эффективности следующим образом:

Таблица 2
ВЕЛИЧИНА РАСХОЖДЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ПАЦИЕНТАМИ ПО РАЗЛИЧНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ МЕЖДУ ИДЕАЛЬНЫМ ВРАЧОМ И 6 РЕВМАТОЛОГАМИ (В % ОТ МАКСИМАЛЬНО ВОЗМОЖНОЙ ВЕЛИЧИНЫ РАСХОЖДЕНИЯ СУММЫ БАЛЛОВ) И ЧИСЛО КРАЙНИХ НЕСОВПАДЕНИЙ ПО ЭТИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ

Врач:	A	B	C	D	E	F
Умный – глупый по сумме баллов по числу крайних несовпадений	4,3 (C) 0,0	2,8(F) 0,0	0,5(A,E,F) 0,0	1,0(E,F) 0,0	7,0(C,D) 0,0	10,9(B,C,D) 0,0
Внимательный – невнимательный по сумме баллов по числу крайних несовпадений	3,3(E,F) 0,0	0,0(D,E,F) 0,0	3,7(E,F) 0,0	5,8(B,E) 3,8	15,6(A,B,C,D) 6,3	9,8(A,B,C) 0,0
Терпеливый – нетерпеливый по сумме баллов по числу крайних несовпадений	2,2 0,0	5,6 0,0	3,7 0,0	6,7 3,8	7,0 0,0	7,6 0,0
Веселый – грустный по сумме баллов по числу крайних несовпадений	45,7(B,C,D) 30,4(B,D)	5,6(A,C,D,E,F) 0,0 (A,C)	47,3(B,D) 25,5(B)	26,0(A,B,C,F) 7,7(A)	29,7(A,B,C,F) 12,5	42,4(B,D,E) 17,4
Спокойный, ровный – отзывчивый по сумме баллов по числу крайних несовпадений	12,0(B) 4,3	25,0(A,E,D) 11,1	17,6(E) 2,1	11,5(E) 0,0	7,8(B,C,F) 0,0	18,5(E) 4,3
Необщительный - общительный по сумме баллов по числу крайних несовпадений	6,5 (A) 0,0	13,9 0,0	11,5 0,0	11,5 3,8	7,0 0,0	16,3(F) 8,7
Твердый – мягкий по сумме баллов по числу крайних несовпадений	18,5 8,7	25,0 0,0	21,2 12,8	21,2 7,7	21,1 12,5	16,3 4,3

Примечание: (в скобках указаны достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующим ревматологом (достоверность определялась по абсолютным цифрам в соответствии с точным методом Фишера)

Таблица 3
СВЯЗЬ ЭФФЕКТА ТЕРАПИИ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОНФЛИКТНОСТИ В ДИАДЕ «ВРАЧ – БОЛЬНОЙ» И ОЦЕНОК ВРАЧА БОЛЬНОМ ПО ОТДЕЛЬНЫМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	•	-0,14	0,87	0,93	0,49	0,89	0,99	0,20	-0,20	0,46	-0,33
2		•	-0,41	-0,41	0,14	-0,49	-0,06	0,09	0,84	0,64	0,09
3			•	0,97	0,46	0,99	0,88	0,38	-0,55	0,00	-0,40
4				•	0,46	0,99	0,91	0,17	-0,52	0,12	-0,28
5					•	0,49	0,46	0,03	-0,03	0,12	-0,56
6						•	0,87	0,26	-0,60	0,00	-0,39
7							•	0,32	-0,14	0,47	-0,34
8								•	0,03	-0,03	-0,64
9									•	0,72	0,09
10										•	0,03
11											•

- 1 – эффект по оценке больного
- 2 – S
- 3 – N
- 4 – K
- 5 – ум
- 6 – внимание
- 7 – терпеливость
- 8 – настроение
- 9 – отзывчивость
- 10 – общительность
- 11 – твердость-мягкость

Примечание: (жирным шрифтом выделены достоверные связи)

1) ранг врача устанавливался исходя из количества (%) значительных улучшений; 2) исходя из общего числа (%) хороших результатов (значительное улучшение и улучшение); 3) исходя из доли негативных результатов (отсутствие эффекта и ухудшение); 4) находился средний ранг на основании предыдущих и присваивался новый интегральный ранг успешности. При этом ревматологов расставлялись в ранговой последовательности как на основании оценок больного, так и самого врача. В то же время заметим, что нам представляются более важными оценки эффективности лечения, сделанные самим пациентом; врачебные оценки были значительно более

однообразными и отличались, как нам показалось, большей неуверенностью в их постановке. Так, один из ревматологов, недолго раздумывая, все без исключения результаты лечения своих больных оценил как «некоторое улучшение». К тому же мы не установили связи между позициями (рангами) врача на основании успешности по оценке больного и собственной врачебной оценки ($p = 0,03$). Тем не менее отметим, что успешность врача по его собственной оценке результатов терапии оказалась связанной с показателем общей конфликтности (S): коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r) оказался равным 0,87 ($p = 0,024$). Ранговое место врача в зависимости

от его успешности по оценке пациентами (табл. 3) оказалось тесно связанным не с общим показателем конфликтности, а с двумя другими - показателем негативизма к врачу - N ($\rho = 0,87$; $p = 0,024$) и коэффициентом обобщенной конфликтности - K ($\rho = 0,93$; $p = 0,008$). Кроме того видно, что оценка работы врача больными зависела от таких его качеств, как внимательность и терпеливость, но не была связана с другими характеристиками, например, с оценкой ума. Анализируя связи между элементами таблицы, можно заключить, что показатели конфликтности в диаде «врач - больной», такие качества, как внима-

тельность и терпеливость, вместе с эффективностью лечения формируют единую констелляцию признаков, определяющую успешность врача и его рейтинг в глазах пациента.

Таким образом, результаты настоящего исследования подтверждают важность включения ряда личностных качеств в понятие «профессиональная компетентность» врача, обосновывая неформальный подход к оценке его квалификации с учетом не только специальных знаний, навыков и владения профессиональными «технологиями», но и возможностями его взаимодействия с пациентом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в ВУЗе (на материале деятельности врача). Автореф. дисс. к.м.н. Ярославль, 1994, 20 с.

Поступила 21.04.07