Модели отношений между пациентом и врачом

Выполнила студентка 2 курса группы М-08(2)-20 Мулендеевва Екатерина Сергеевна

В медицинской деонтологии выделяют четыре модели взаимоотношений врача и пациента:

- патерналистскую
- информационную
- интерпретационную
- совещательную

го мнению С.Г. Стеценко, существуют следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

- - патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- – **интерпретационная** (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания

Патерналистская модель(от лат. paternus –отцовский)

• Врач, тщательно исследовав состояние больного, устанавливает наиболее приемлемое для каждой конкретной ситуации лечение, направленное на полное выздоровление. Последнее слово в выборе мер лечения остается за врачом. Подразумевается, что больной может быть не согласен с назначенными процедурами, однако он не вполне компетентен в этом вопросе и впоследствии поймет правильность выбора, сделанного врачом, то есть при расхождении мнения пациента с объективными медицинскими показаниями предпочтение отдается последним. В рассматриваемой модели врач действует как опекун (отец), обеспечивая наиболее адекватное, с его точки зрения, лечение. Автономия больного сводится к его согласию с врачебным усмотрением.

Патерналистская модель(от лат. paternus –отцовский)

• Патерналистская модель заложена в отношения между пациентом и врачом **рядом факторов**: среди них *наличие у* врача специальных познаний и <u>зависимость пациента от врача и</u> страх перед ним вследствие наличия у врача права распоряжаться здоровьем пациента.

Технологическая модель отношений

• врач фактически не общается с пациентом, является разновидностью патерналистской модели, поскольку ожидать, что пациент разбирается в показаниях аппаратуры в той же степени, как и врач, неверно. Если допустить, что это так, то врач становится просто не нужен.

Технологическая модель отношений

• То, что тенденция к этой модели существует за рубежом, вызвано сложными процессами стандартизации и технологическим рывком, но это не означает, что врач не участвует в процессах диагностики и лечения.

Технологическая модель отношений

• Интерпретация полученных данных требует от врача больших знаний, а необходимость разъяснить пациенту, что с ним происходит, становится только сложнее из-за количества получаемых данных. В любом случае, в этой модели <u>неясно, кто принимает решение – врач или</u> пациент, а в процессе принятия решения ориентироваться на показания аппаратуры должны и пациент (в меру своих знаний и в меру разъяснений врача), и врач.

Информационная модель

• врач обязан предоставить пациенту всю существенную информацию, касающуюся заболевания. Пациент самостоятельно осуществляет выбор лечения, которому врач должен последовать, несмотря на вероятность некоторой необъективности больного. Именно *на пациента* в конечном счете возлагается ответственность за **выбор лечения**. Таким образом, концепция автономии больного по этой модели заключается в контроле за формированием врачебного решения.

Интерпретационная модель

• Она имеет много общего с информационной моделью. Эта модель предполагает обязанность врача как можно более полно интерпретировать для больного информацию о состоянии его здоровья, риске и пользе возможных вмешательств.

Интерпретационная модель

• Характерной чертой этой модели является активная роль врача, который не должен навязывать пациенту свою точку зрения, но приложить все усилия, чтобы выбор пал на единственно разумное решение.

Последняя из моделей – совещательная

• Она имеет ряд общих черт с интерпретационной. Врач в совещательной модели действует как друг или учитель, вовлекая пациента в диалог для выявления лучшего способа действия.

Совещательная модель

• Врач разъясняет пациенту все возможные варианты лечения и один из них, являющийся, по мнению специалиста, наиболее подходящим.

• Концепция автономной воли больного заключается в том, что <u>он имеет возможность выбора метода лечения на основе детального суждения с врачом всех альтернативных вариантов и определение оптимального</u>

В настоящий момент

• Наблюдается сдвиг в сторону информационной модели взаимоотношения врача и пациента, что, в первую очередь, связано с постепенным отходом от административно-правового <u>подхода в</u> сфере здравоохранения в пользу гражданско-правового.

• Между тем, следует полагать, что наиболее верной базовой моделью среди описанных является совещательная, поскольку врач не должен утрачивать своего мнения в отношении диагнозов пациентов и методов его лечения: это противоестественно!

 Желание пациента лечиться у врача наперекор его мнению не принесет положительного результата, превратив врача в циника и некий безвольный придаток медицинских познаний. • Самой верной моделью, на мой взгляд, следует считать договорную (или партнерскую), которая, будучи основана на совещательной, приводит к договоренности врача и пациента действовать совместно, объединив свои усилия, волю и знания для борьбы с болезнью.

С другой стороны, если такая договоренность не достигнута, то как лечить и лечиться? Ведь доверие к врачу – не менее 50 % успеха лечения.

• В этом смысле важным элементом становится культура пациента, о которой частично я уже говорила выше. Ведь если пациент идет против мнения врача и не способен при этом объяснить, почему он это делает, врач лишается возможности правильного выбора, что почти наверняка не лучшим образом скажется на результате лечения.

• Пациенты – граждане с разным уровнем культуры. В этом чуть ли не основная сложность врачебной профессии. Для какого-то пациента с низким уровнем культуры и образования жизненно важно сохранить патерналистскую модель, а с кем-то нужно договориться о рисках

Спасибо за внимание!