Основные модели взаимоотношений врача и пациента

ВЫПОЛНИЛА: ВИКТОРОВА КАРИНА М-08(2)-19

План:

- 1. Введение
- 2. Модели взаимоотношений врача и пациента
- 2.1 Модель технического типа
- 2.2 Модель сакрального типа
- 2.3 Модель коллегиального типа
- 2.4 Модель контрактного типа
- 3. Вывод
- 4. Вопросы
- 5. Список используемой литературы

Введение

- На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается доверие. Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным. Считалось, что держать больного в неведение гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу – врач брал на себя заботу о нем. Традиционно взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере, что препятствовало созданию атмосферы взаимопонимания; врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду, больной, как правило, был “сам себе на уме”. И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи. Полагаю, что строится они должны на основе сотрудничества, так как право личности самостоятельно определять свое поведение рассматривается в современной медицинской этике как одно из наиболее фундаментальных.*

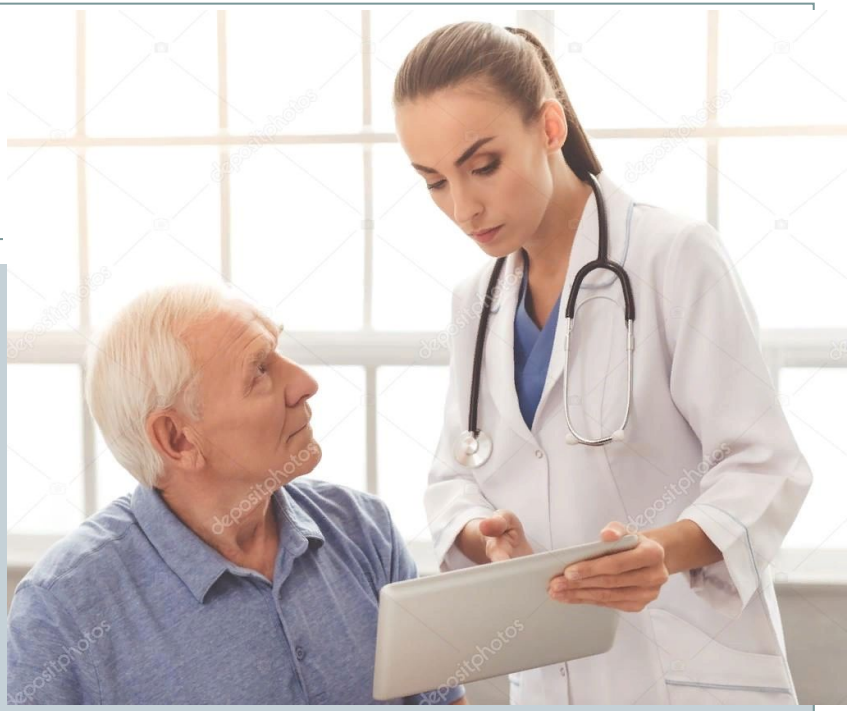
Модели взаимоотношений врача и пациента

- Американский биоэтик **Роберт Витч** выделяет *четыре модели взаимоотношения врач-пациент, характерную для современной культуры: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную*. С точки зрения Витча, эти модели неравноценны по своему моральному значению и представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее обоснованной - контрактной.

Модель технического типа

- В рамках этой модели **пациент воспринимается врачом как безличный механизм**. *Смысл врачевания сводится к манипулированию с телом пациента*. Врач с помощью определенных физических воздействий стремится вернуть физиологический механизм человека в положение равновесия. *Инженерная модель строится на представлении о медицинской деятельности как о сфере прикладного применения объективного научного знания о природных механизмах жизнедеятельности человеческого организма*. Объективное знание определяет выбор метода лечения, которое осуществляется как техническая процедура.

- Предполагается, что это знание ценностно нейтрально, а поэтому выбор лечебного воздействия не зависит от личностных предпочтений и интересов врача. Благо пациента (состояние здоровья) также уясняется через совокупность объективных признаков: биохимических показателей, значений артериального давления, газообмена, данных рентгенографии и т.п.
- Поскольку пациент не обладает необходимыми научными знаниями о собственном состоянии, то учет его мнения при выборе лечебного мероприятия не только бесполезен, но и может быть вреден из-за привнесения субъективных оценок. Его личное мнение о собственном благе (здоровье), поскольку оно необъективно и ненаучно, с точки зрения знающего медика-профессионала считается не заслуживающим внимания.



- В то же время предполагается, что, поскольку врач руководствуется сугубо объективными знаниями, на его выбор не оказывают влияния собственные субъективные предпочтения и интересы. Поэтому властное доминирование врача признается не только естественным, но и благим для пациента. Задача врача - исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме. В здравоохранении технократизм, характерный для инженерной модели, морально ущербен, поскольку практически низводит личность больного человека до статуса неодушевленного предмета, что, отметим, приходит в резкое противоречие с принципом уважения автономии пациента.
- В принципе критика идеологии инженерной модели обоснованна и справедлива в той степени, в которой речь идет об ее универсализации, то есть превращении в некую базисную, основополагающую модель врачевания. Современный моральный стандарт медицинской деятельности предписывает самым решительным образом не допускать деперсонализации отношения врача к пациенту, требует уважения его как личности.

Модель сакрального типа

- Межличностные **отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного.** Принципы отношения к пациенту – *любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость*. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий и не потеряла актуальности и в наши дни.

- Она явно выражена и в "**Клятве Гиппократа**", и в "**Обещании врача России**". Патернализм в общении с пациентами остается нормой и для значительного числа современных медиков, да и многие пациенты воспринимают Патерналистское отношение к себе в качестве наиболее адекватного. Существует значительное число людей, для которых патерналистское отношение врача психологически наиболее приемлемо. Их личные предпочтения необходимо уважать.

- **Несовершенство этой модели,** по мнению Р. Витча, в том, что патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно и свободно принимающей жизненно важные решения, контролирующей свое состояние. По сути дела, при этом присутствует элемент унижения личного достоинства больного, поскольку взаимодействие строится не как "горизонтальное" равноправное, а как "вертикальное", как отношение власти и подчинения. Пациент, фигурально выражаясь, вынужден глядеть на врача "снизу вверх".
- В ситуации же, когда пациент в состоянии вести себя как автономная личность, с моральной точки зрения патерналистское нарушение его прав недопустимо.
- Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа « начальник – подчинённый».

Модель коллегиального типа

- **Больной в рамках этой модели предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом.** Для того чтобы играть свою роль, пациент должен получить от врача достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания, возможных осложнениях и т.д. Будучи в некоторой степени уравнен в отношении информированности с медиками, пациент становится в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений, касающихся своего лечения, по сути дела действуя как коллега лечащего врача. В данном случае он реализует неотъемлемое право личности на свободу выбора.

- С достаточным основанием Р. Витч утверждает: "Когда два индивида или две группы людей действительно привержены общим целям, то взаимное доверие и конфиденциальность отношений оправданы, а сама коллегиальная модель имеет смысл. Это очень приятный и гармоничный путь взаимодействия с другими людьми. Он предполагает равенство достоинства и уважения, общность ценностей, которым каждая из сторон привержена. Всего этого недоставало предшествующим моделям".

- Однако подобного рода гармония интересов редко достижима. Медработник и пациент могут придерживаться различных ценностных ориентации, они могут относиться к различным социальным классам и этническим группам. Совпадение интересов очень часто является не правилом, а исключением из правил реального общественного устройства. К примеру, в условиях коммерческой медицины у врача существует объективная (то есть обусловленная не его личностными качествами, а самим реальным положением дел) заинтересованность в минимизации собственных расходов и максимизации доходов, тогда как интерес пациента, напротив, состоит в том, чтобы получить максимум доступной помощи при минимизации собственных затрат на ее получение.

- Коллегиальная модель не соответствует требованиям социального реализма, как полагает Р. Витч, и представляет собой обычно неосуществимую мечту. Вместе с тем следует иметь в виду, что существует достаточно представительная область, в которой отношения между врачом и пациентом действительно могут носить коллегиальный характер. (Речь идет о случаях длительно текущих хронических заболеваний, когда пациент достаточно уже информирован об особенностях своей болезни).
- Здесь господствует принцип равноправия, и пациент, участвуя в обсуждении этой информации, реализует право на свободу выбора. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента.

Модель контрактного типа

- **Взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора**. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Чем привлекательна контрактная модель в качестве образцовой структуры взаимоотношений между медиками и пациентами? По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности.
- В рамках контрактной модели "индивидуумы и группы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и каждая достигает некоторых выгод... Основные моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, верности принятым обязательствам и справедливости существенно важны для реализации контрактных отношений".

- Контрактная форма отношений позволяет избежать тех пагубных для свободы пациента недостатков, которые присущи инженерной и патерналистской моделям. Одновременно она не уповает на иллюзию возможности соучастия пациента в качестве "коллеги" врача. Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и возможными. При этом он может делегировать определенные "властные" полномочия врачу с тем, чтобы тот мог адекватно выполнить свои профессиональные обязательства.
- *Контрактная модель более реалистична, чем коллегиальная*. ***Она учитывает невозможность равенства врача и пациента, то есть неизбежность наличия "вертикальных" отношений зависимости***. Эта зависимость, однако, устанавливается на вполне определенных условиях. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишить врача тех полномочий, которые последний получил в силу договора, и потребовать компенсации.
- Контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако в структуре оказания медицинской помощи населению занимает незначительное место.

Модели взаимоотношения врач-пациент (в биографическом плане заболевания)

Больные в остром периоде заболевания	Больные хроническим заболеванием	Инвалиды	Умирающие
Заболевание может быть временным с возвращением к прежнему образу жизни. Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношений врач-пациент	Больные могут быть «активными» пациентами. Их образ жизни заставляет быть компетентными, создавать группы взаимодействия (сахарный диабет, атеросклероз и т.п.)	Могут быть компетентны или некомпетентны. Задача - помочь приспособиться к изменившимся условиям жизни (инвалидности)	Обеспечить паллиативное лечение: обезболивание, уход, психологическую поддержку (хоспис)

Вывод

- Следует отметить, что каждая из рассмотренных моделей представляет собой то, что социолог назвал бы идеальным типом: в конкретных ситуациях ни одна из них, как правило, не реализуется в чистом виде, хотя взаимодействие врача и пациента в том или ином случае и может строиться в соответствии с одной из моделей. Надо также иметь в виду и то, что выбор той или иной модели может и должен быть обусловлен состоянием пациента и характером оказываемой ему помощи (о чем речь пойдет ниже), специализацией врача и т. д.

Вопросы

- 1. В рамках какой модели больной предстает как равноправный в своем взаимодействии с врачом?
- 2. В какой модели смысл врачевания сводится к манипулированию с телом пациента?

Список используемой литературы

- 1. https://studopedia.ru/2_43437_modeli-otnosheniya-vrach--patsient.html
- 2. https://kronkolit.pro/otnosheniya-vrach-patsiyent-raznyye-modeli-i-konflikty/
- 3. Биоэтика. Ушаков Е. В.