
Модель взаимоотношения в системе «врач-больной» партеналистская и автономная

Выполнила студентка СД- 63 З/О Митибаева Н.В.

Исторически первая модель взаимоотношений врача и пациента, в силу их естественного неравенства, ограниченной свободы пациента и его явной зависимости от врача, получила название **патерналистской** (от лат. pater – отец).

В соответствии с ней врач принимал на себя обязанность не только действовать, но и в значительной мере решать, что лучше для пациента. А крайние формы патернализма вообще лишали пациента права выбора как в отношении лечащего врача, так и в отношении стратегии и тактики лечения.

Такая модель во взаимоотношениях между врачом и пациентом активную роль отводила врачу, пациент же в полном смысле слова был “терпящей стороной” .

Существование патерналистской модели во взаимоотношениях между врачом и пациентом на протяжении двадцати четырех столетий было обусловлено также и уровнем развития медицинской науки, и даже тоталитарными режимами, которые ограничивали права человека и сковывали его активность.

Вместе с тем не только “автономия” пациента, но и “автономия” врача в патерналистской модели не была абсолютной.

Вся история медицины отражает жесткие нравственные требования и запреты, которые были положены в основу практической деятельности врача:

- “Святость жизни”,
- “Благоговение перед жизнью”,
- “Не навреди”,
- “Не убий” и т.д.

Суть патерналистской модели в самом общем виде сводится к тому, что врач не только принимает на себя обязанность действовать, исходя из блага пациента, но и самостоятельно решает, в чем именно это благо состоит.

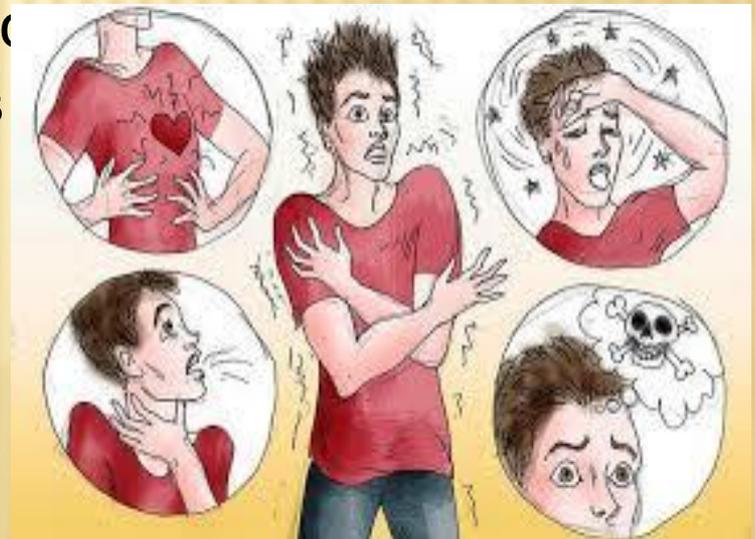
Таким образом, патернализм несет в себе насильственное ограничение свободы личности, обусловленное “заботой” о ее благополучии.



Примеры иллюстрируют характер возникающих при этом проблем:

1. Врач не сообщил пациенту о том, что у него рак, так как больной неоднократно заявлял, что при таком диагнозе покончит с собой. Свой поступок врач объясняет нежеланием нанести ущерб больному.
2. Врач отказывает в проведении аборта женщине, будучи убежденным, что впоследствии она будет жалеть об аборте.
3. Врач игнорирует просьбу больного решить вопрос о способах его лечения без его участия, полагая, что больной сам должен решать, что ему лучше. Ни в одном из этих случаев нет и признаков принуждения. И тем не менее решения, принятые врачами, проникнуты духом патернализма.

Некомпетентность больного, его страх и растерянность перед непривычной обстановкой, инструментами, манипуляциями, непонятной терминологией, его угнетенное психосоматическое состояние и вместе с тем его порой наивная вера в силу медицины и надежда на врача - все это заставляет больного трепетать перед людьми в белых халатах (иногда даже перед санитаркой не в меньшей степени, чем перед врачом) и ставит его в зависимости от них.



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.

Очевидно, что патерналистская модель в отношении человека, который нередко более образован в целом, чем врач, не может быть приемлемой.

Более того, она начинает «играть» не за врача, а против него, поскольку достигает результата, прямо противоположного и желаемому, и имевшемуся прежде, – отрицание врача и недоверие к нему, поскольку то же самое «ты», сказанное незнакомым человеком, пусть даже он и врач, ставит его в положение нарушителя канонов элементарной этики, созданной современным обществом.

Более глубокая этика диалога в сочетании с принципом информированного согласия вытесняет патернализм, преобладавший в традиционной модели медицинской этики.

Современная модель биомедицинской этики предпочитает не абсолютизацию приоритетов со стороны врача (биолога–экспериментатора) или со стороны пациента (обследуемого), а согласованность и сотрудничество в обосновании прав и обязанностей обеих сторон, активное привлечение пациентов к принятию решений в выборе методов лечения, особенно в случаях риска для здоровья и жизни человека.



Эта модель взаимоотношений
врача и пациента, несомненно,
является более адекватной
характеру и уровню тех проблем,
которые стоят перед биоэтикой и
требуют своего разрешения
(проблемы эвтаназии,
трансплантологии, новые
репродуктивные технологии и т.д.).

Именно поэтому по рекомендации ВОЗ разработана и широко внедряется новая – автономная модель взаимоотношений врача и пациента.



Автономная модель взаимоотношений врача и больного- Модель, исходящая из принципа автономии пациента, предполагает совершенно иной тип отношений.





В этом случае врач должен опираться на представления самого пациента о том, что является благом для него, а точнее - решать этот вопрос в диалоге с ним, не рассматривая собственные представления как единственно правильные

По-другому при этом решается и вопрос об информировании пациента. Если в патерналистской модели оно ставится в зависимость от доброй воли или желания врача, то в данном случае выступает как его обязанность, соответственно получение информации становится правом пациента знать обо всех существующих способах лечения его заболевания и о риске, связанном с каждым из них.

Право выбора и ответственность уже не сосредоточиваются всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом



Этическими основаниями новой доктрины являются уважение к автономии личности (ее праву на самоопределение) и стремление к обеспечению блага пациента.



При этом следует учитывать:

- 1) компетентность пациента, которая зависит от множества факторов - начиная от его общей культуры вплоть до психоэмоционального состояния;
- 2) информированность пациента, предполагающая его право знать всю правду о состоянии своего здоровья и методах лечения;
- 3) добровольность принятия решения, которая иногда бывает мнимой (больной дает согласие, опасаясь в противном случае ухудшения медицинской помощи и отношения медперсонала).

Модель предусматривает равноправное партнерство в диалоге “врач - больной”. Тем самым повышается и ответственность пациента в принятии решения о лечении, профилактике заболевания, медицинской реабилитации.

Вместе с тем, реализуя право каждого гражданина на информирование о состоянии его здоровья, врач не должен упускать из виду один из основных принципов медицинской этики - “Не навреди”.

Несомненно, модель автономии пациента более эффективна, чем патерналистская, но успеха в ее применении можно добиться, лишь соблюдая профессиональный кодекс, публикуя сведения о правах пациентов, а также создавая такую общественную атмосферу, которая способствовала бы терапевтическому диалогу.

Новое, автономное понимание прав пациента затрагивает и отношения в системе “больной - медсестра”.



Медсестра гарантирует охрану
частных интересов пациента,
обязуясь оберегать от
посторонних информацию
конфиденциального характера

Таким образом **автономная модель** предполагает принятие надежного в этическом отношении медицинского решения, основанного на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности, информированности* пациента и *добровольности* принятия решения

Использованная литература:

1. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА учебное пособие Под
ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич
Минск, 2008

Спасибо за внимание!