

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ К ТЕМЕ «МОДЕЛИ ВРАЧЕВАНИЯ»

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ БОЛЕЗНИ

Болезнь трактуется как определенное состояние организма, при котором нечто нарушает физиологическое равновесие, гармонию нашего тела. Болезнь — это не только физическое состояние человеческого организма, это и социальный феномен.

СОЦИАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ

Не все пациенты равны. Пол, расовые и этнические категории, социальный класс, физические способности, сексуальная ориентация и вид болезни у них разные

Не все представители системы здравоохранения равны. Пол, расовые и этнические категории, квалификация, специальность, стаж работы, установки на профессию у них отличаются

СОЦИАЛЬНАЯ РОЛЬ БОЛЬНОГО

Выгоды:

Больные временно освобождаются от своих нормальных ролей. Посещение врача – уже дает некоторое право требовать статус больного.

Больных не считают ответственными за свою болезнь. Это освобождает их от значительных переживаний.

Обязанности:

Больной должен хотеть поправиться и должен понимать, что роль больного только временное состояние, от которого он должен избавиться. Если он явно не хочет поправляться, тогда, вместо того, чтобы подтвердить роль больного, врач может отнести его к категории симулянтов.

Больной должен соглашаться на технически компетентную помощь. Только практикующий врач может законно дать «роль больного» в нашем обществе, а технически компетентная помощь ограничивается официальными медицинскими службами.

Больные, которые обращаются к непрофессиональным работникам, претендующим на медицинские знания, предпочтя их практикующему врачу, не выполняют основной обязанности роли больного.

СТАТУС ВРАЧА

Статус врача определен критериями компетентности, институтами, системами, педагогическими теориями, легальными условиями, которые дают ему право практиковать и опытно применять свои познания.

Медик является носителем характерных черт, обуславливающих его роль, которую общество признает за ним.

Определяется она тем, выступает ли он в качестве частного лица или служит обществу, является ли для него его труд делом жизни или простым выполнением обязанностей и пр.

В вопросах лечения и обеспечения здоровья населения, социальной группы, семьи или отдельного индивидуума за врачом остается право вмешательства и решения.

Анализ роли больного и врача, предложенный Толкоттом Парсонсом

ПАЦИЕНТ. Роль больного. Обязанности и привилегии

1. Должен хотеть поправиться как можно скорее
2. Должен воспользоваться профессиональной медицинской помощью и сотрудничать
3. Позволено (и даже ожидается) оставить обычную деятельность и обязанности (работа, домашние обязанности)

4. Рассматривается как нуждающийся в заботе и не в состоянии поправиться своим собственным решением и волей

ВРАЧ. Профессиональная роль. Ожидается, что:

1. Применит высокую степень умения и знания к проблеме болезни.
2. Действует на благо пациента и общества, а не в собственных интересах, с желанием нажиться, продвинуться и т.д.
3. Должен быть объективным и спокойным (не должен судить о поведении пациента с позиции личной системы ценностей или эмоционально реагировать)
4. Действует по правилам профессиональной практики

Права врача

- Имеет право осмотреть пациента и расспросить об интимных сторонах физической и личной жизни
- Имеет право на значительную независимость в профессиональной деятельности
- Занимает властное положение по отношению к пациенту

Посещение лечащего врача может иметь три потенциальные пользы:

1. *Лечение и Терапия*
2. *Легализация статуса Больного*
3. *Совет и/или Успокоение*

Элементы роли больных	Болезнь соответствует	Болезнь не соответствует
Человек считается обладающим серьезной причиной, чтобы не выполнять обязательства	Аппендицит, рак	Неопределенная хроническая усталость
Человек не несёт ответственности за свою болезнь	Гемофилия, корь	СПИД, рак легких
Человек должен стараться выздороветь	Туберкулез, перелом конечности	Диабет, эпилепсия
Человек должен обратиться за медицинской помощью	сифилис	ОРВИ, синдром Альцгеймера

ПРИЧИНЫ НЕПОНИМАНИЯ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ

Трудности во взаимодействиях между врачом и пациентом проистекают вследствие того, что одновременно действуют совершенно разные, во многом противоречащие друг другу системы социальных норм, при этом каждому бывает непросто понять, чего от него ожидает партнер: насколько следует доверять тому, что он говорит, какой объем информации необходимо предоставлять. Поэтому с разными пациентами нужно придерживаться разных моделей врачевания, чтобы взаимопонимание было достигнуто.

Роберт Витч. Модели врачевания:

- Патерналистская (пасторская),
- Техницистская (инженерная),
- Коллегиальная,
- Контрактная (договорная).

ТЕХНИЦИСТСКАЯ МОДЕЛЬ

В рамках так называемой **техництской** модели задача врача интерпретируется как исправление «поломки» организма больного, обусловленной действием внешних или внутренних факторов. В ряде случаев вместо категории «поломки» используется понятие «отклонение физиологического механизма от положения равновесия».

ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ МОДЕЛЬ

Патерналистская модель отношений между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или священника к прихожанину. В этой модели заметен существенный прогресс в моральном содержании взаимоотношений.

КОНТРАКТНАЯ МОДЕЛЬ

Именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности. В рамках контрактной модели индивидуумы взаимодействуют между собой таким образом, что каждая из сторон несет определенные обязательства и достигает некоторых выгод. Пациент и врач взаимодействуют только в рамках своей социальной роли, но не как личности.

КОЛЛЕГИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ

Большие возможности для реализации ценностей автономной личности создает коллегияльная модель отношений между медицинским работником и пациентом. Больной в рамках этой модели предстает как равноправный с врачом в принятии решений.

Формы социальной регуляции в здравоохранении имеют национальные особенности

У россиян сложилось противоречивое отношение к системе здравоохранения, которое достаточно стабильно существует в массовом сознании: безграничное доверие к лечащему врачу и безграничное недоверие к системе здравоохранения и медицинским чиновникам. Но больше среди населения сторонников патерналистской модели.

Факторы, поддерживающие установки на реализацию патерналистской модели во врачебной деятельности (по мере убывания):

1. Культурные и религиозные традиции
2. Образовательные установки
3. Низкий уровень этико-правовых компетенций
4. Финансовые интересы

ПРИМЕРЫ.

1. Врач акушер-гинеколог М. выполнила абдоминальную гистерэктомию 53-летней пациентке Г. До операции врач М. информировала пациентку Г. о потенциальных рисках и осложнениях процедуры. Врач М. обсудила с ней общую анестезию и объяснила возможные осложнения. Она также рассказала о возможном повреждении органов, которые расположены рядом с маткой (мочевого пузыря, прямой кишки, мочевыводящих путей). С пациенткой также обсуждались вопросы риска кровотечения во время операции и инфекционных осложнений после нее. После этого врач М. рассказала все материальные затраты на операцию, и пациентка Г. согласилась на операцию (подписала информированное согласие). Врач М. страдала эпилепсией с 1989 г, но эта информация не была известна пациентке Г. Врач М. не страдала эпилептическими судорожными приступами и никогда не испытывала судорог во время операции, находилась на поддерживающей медикаментозной терапии. Через 2 дня после операции у пациентки Г. обнаружили нарушения функций мочевого пузыря вследствие его повреждения во время оперативного вмешательства, и вызванному врачу-урологу пришлось провести повторную операцию по

восстановлению мочевого пузыря. На следующее утро после повторной операции, пациентка Г. скончалась от развившейся тромбоэмболии легочной артерии. Родственники пациентки Г. обратились в суд. Основной претензией в исковом заявлении являлся факт сокрытия врачом М. своего заболевания – эпилепсии, поскольку, по их мнению, она не могла оперировать с таким диагнозом, создавая высокие риски для здоровья пациента во время операции. Суд рассмотрел исковое заявление родственников пациентки Г. и вынес определение, согласно которому возникшие последствия операции не связаны с заболеванием врача М.

Соблюдены ли требования к роли а) врача и б) пациента в данном случае?

2. Пациентка Н, 43 года. Обратилась в Центр красоты с целью омоложения кожи лица. При беседе с врачом дерматокосметологом предъявляла жалобы на снижение тонуса кожи, мелкую сеть морщин в области глаз, наличие многочисленных веснушек. В результате беседы с врачом был выбран метод лазерного омоложения кожи лица новейшим лазером FRAXEL restore dual. Врач объяснил пациентке, что панацеи против процессов старения нет, однако данная процедура значительно улучшит состояние ее кожи, тем более что лазерное омоложение на подобной системе занимает лидирующие позиции в мире. Врач объяснил ей, что результат одной процедуры можно будет оценить через месяц, и что для выраженного эффекта ей потребуется 3 процедуры. Они договорились о дне процедуры. После проведенного лазерного омоложения пациентка Н. на осмотр не явилась, как полагалось через 10 дней. Она позвонила через 2 недели и сказала, что чувствует себя прекрасно и результат ее уже радует, что кожа вокруг глаз разгладилась и укрепилась и что она думает о последующем визите. По истечении месяца она вновь позвонила врачу и стала высказывать недовольство. Врач пригласил ее на осмотр. Она жаловалась на слабый эффект от лазера, высказывала, что стоимость процедуры совершенно не оправдана. Общалась грубо с врачом на «ты», сказала, что процедура совсем не повлияла на ее веснушки, а еще к тому же усугубила состояние, т.к. на ней появились дополнительные пигментные пятна. Высказав все это, она поставила доктора перед выбором: либо ей проводят курс дорогостоящих осветляющих процедур, либо она идет жаловаться в вышестоящие инстанции.

Права ли пациентка? Можно ли сказать, что она и врач использовали при общении одну и ту же модель взаимоотношений?

Вопросы для самопроверки

1. Какая разница между понятиями «больной» и «пациент», употребление какого из них представляется Вам более этичным?
2. Какой социальный смысл мы вкладываем в понятие «болезнь»?
3. Охарактеризуйте, пожалуйста, роль больного по основным ее признакам.
4. Что входит в социальный статус врача?
5. Какие модели взаимоотношений врача и пациента предлагает выделять Р.Вич?
6. Приведите примеры техництской модели врачевания. В каких медицинских учреждениях она более приемлема (1-й уровень – учреждения шаговой доступности, 2-й уровень – районные поликлиники и стационары, 3-й уровень – высокотехнологичные медицинские центры).
7. Почему патерналистская модель врачевания так распространена в России?
8. Как Вы можете оценить перспективы коллегиальной модели врачевания в России?
9. В каких областях медицины наиболее приемлема контрактная модель врачевания (терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, психиатрия, стоматология, офтальмология, другие...).
10. Какие национальные особенности влияют на предпочтения врачей и пациентов при выборе модели взаимоотношений между ними?

Задание для закрепления материала

Известный французский философ Мишель Фуко так писал о медиках:

«Медик занимает в пределах любого общества, любой цивилизации совершенно особенное положение: он повсеместно является предметом общественного внимания и почти всегда незаменим. Слово медика не может прийти «из неоткуда»: его значимость, эффективность, терапевтические возможности и общие условия существования как слова самой медицины, неотделимы от статуса определенного лица, которое его артикулирует, провозглашает, утверждает его законное право уменьшать страдания и предотвращать смерть».

Определите, какие именно черты профессиональной роли, описанной Фуко, являются предметом для биоэтического анализа и обоснуйте свой вывод.