Содержание

Введение.

. Патерналистическая модель - медик как духовный отец.

. Инженерно-техническая модель - медик как узкий специалист.

. Коллегиальная модель - сотрудничество медика и пациента

. Договорная модель - медик как «поставщик», а пациент «потребитель медицинских услуг»

. Модель врачевания, основанная на специфике клинического состояния больного (острое, хроническое и терминальное состояние)

Заключение.

Список литературы

Введение

Актуальность данной работы заключается в том, что взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи. Несмотря на существенные успехи в разработке проблем взаимодействия врача с пациентом и с протеканием болезни, отмечается недостаточность теоретической разработки отдельных аспектов, сдерживающих ее широкое использование в практике отечественного здравоохранения. Все это определяет необходимость дальнейшего исследования данной области.

Цель исследование: рассмотреть основные модели взаимоотношений медицинского работника и пациента и их значение в фармацевтической деятельности.

Исходя из цели исследования, были выделены следующие задачи работы:

1. Раскрыть содержание патерналистичской модели взаимоотношений.

. Рассмотреть специфику инженерно - технической модели взаимодействия.

. Выявить особенности коллегиальной модели.

. Охарактеризовать договорную модель взаимодействия.

. Проанализировать модель врачевания, основанную на специфике клинического состояния больного (острое, хроническое и терминальное состояние).

Многие отечественные и зарубежные ученые изучали и продолжают изучать модели взаимоотношений медицинского работника и пациента. На разных этапах медицинской науки и биоэтики большой вклад в разработку данной проблемы вносили: А.Н. Бартко, Р. Вич, Р. Ригельман, А. И. Смольников, Е. Г. Федоренко, А. Н. Орлов, А. В. Силуянов, В. В. Вересаев, А. Я. Иванюшкин, С. Я. Чикин и др.

1. Патерналистическая модель - медик как духовный отец

Патерналистическая модель взаимоотношений пациента и медика является наиболее традиционной, главенствующей на протяжении всей истории медицины. Патерналистская (от лат. слова pater - отец) модель характеризуется тем, что медперсонал относится к пациентам, как родители к своим детям (например, скрывая информацию о неблагоприятном прогнозе их заболевания). Так же она основывается на том, что пациент воспринимает медицинского работника как духовного отца, то есть всецело ему доверяет и наделяет правом принятия решений в вопросах здоровья и лечения. Врач, в свою очередь, избирает тот путь решения медицинских задач, которые являются наиболее необходимыми и правомерными в данной ситуации, и действует исключительно в интересах больного. Подход медика в данном случае основывается на том, что держать больного в неведение гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению в прошлом, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Таким образом, главные составляющие таких взаимоотношений заключаются в доверии пациента и ответственности медицинского работника.

Детерминанты возникновения патерналистической модели отношений в прошлом были связаны с общей неграмотностью населения в медицинских вопросах. Причины доверительного восприятия пациентом медицинского работника так же возможно обнаружить в свойствах человеческой психологии. Психологами давно доказано: даже самые здравомыслящие люди, войдя в кабинет врача, резко теряют критичность и становятся внушаемыми. Человек в белом халате заведомо вызывает симпатию и доверие. «Доктор со сверкающими инструментами в руках воспринимается как божество, наделенное особыми знаниями и умениями». [2, 14]

Если рассматривать патерналистическую модель взаимоотношений медика и пациента с точки зрения эффективности медицинской помощи, то можно прийти к неоднозначным выводам. С одной стороны, безграничное доверии к врачу, его сверхценность для больного, беспрекословное исполнение медицинских предписаний могут значительно способствовать выздоровлению. С другой стороны, внушаемость пациента может отразиться неблагоприятно. «Врачу в данном случае стоит быть крайне осторожным в формулировках при описании состояния больного. Возможно, что, услышав от врача: "Что-то вы сегодня бледноваты" или "Не нравится мне ваше сердце", больной может ощутить чувство апатии и нежелания продолжать лечение и, как следствие, его состояние ухудшиться. Особенно это касается тех пациентов, которые страдают хроническими заболеваниями. У людей, долгие годы борющиеся с болезнью, меняется характер: они становятся мнительными, издерганными, плаксивыми. Любой намек на то, что их трудно или невозможно вылечить, может вызвать бурную невротическую реакцию». [2,14] К тому же, патерналистическая модель взаимоотношения медика и пациента может препятствовать установлению взаимопонимания, так как врач оставляет свои сомнения при себе и вынужден скрывать от больного неприятную правду о течении заболевания и возможных исходах. С точки зрения фармацевтической деятельности данная модель взаимодействия проявляется в принципе сохранения в тайне от больного некоторых неблагоприятных сведений, т.к. это может благотворно воздействовать на динамику заболевания и его лечение. Больные часто стремятся узнать свой диагноз, поэтому при продаже медикаментов фармацевту не рекомендуется называть заболевание, достаточно указать лишь симптоматическое действие лекарства.

Основной моральный принцип, который выражает содержание патерналистической модели, гласит: “Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда”. Пациент лишен возможности принимать решения, он перекладывает ответственность на врача. Этот принцип, бесспорно, можно считать главенствующим. Но так же необходимо учитывать и другие моральные и профессионально-этические нормы медицинского работник, которым не уделяется должное внимание в патерналистической модели: защита личной свободы, охрана человеческого достоинства, право больного знать правду о состоянии своего здоровья, соблюдение справедливости и гуманизма. Фундаментальной ценностью нашего общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Равенство всех людей по их моральном качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль за своим телом и собственной жизнью содействуют реализации человеческого достоинства. Многие шаги в процессе госпитализации, оказания медицинской помощи и содержанию пациентов, особенно тяжело больных, заключают в себе угрозу человеческому достоинству. Практическое приложение медицины, в отличие от других профессий, тесно связано с судьбой человека, его здоровьем и жизнью. Отсюда вытекают и особые нравственные качества врачебной профессии. Наиболее полно они определяются понятием «гуманизм». Без гуманизма медицина теряет право на свое существование, ибо ее научные принципы в таком случае вступают в противоречие с основной ее целью - служить человеку. Гуманизм составляет этическую основу медицины, ее мораль. Л. И. Брежнев отмечал, что «На первый план сегодня выдвигается повышение качества медицинского обслуживания, а оно определяется применением в медицинской практике научно-технических достижений, современных методов диагностики и лечения, эффективных лекарственных препаратов. И, конечно же, уровень медицинского обслуживания в огромной степени зависит от профессиональных знаний, опыта, чуткости и душевной теплоты врача, медицинской сестры, санитарки к каждому, кто нуждается в помощи. Необходимо, чтобы органы здравоохранения, коллективы медицинских учреждений уделяли неослабное внимание повышению квалификации и воспитанию высоких моральных качеств, без которых немыслима благородная профессия медика». [4, 56 ]

Таким образом, патерналистская модель, распространенная ранее, предполагает нарушение прав пациента и в наши дни не применяется, за исключением ситуаций, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, когда речь идет об экстренной операции, реанимационных мероприятиях.

2. Инженерно - техническая модель - медик как узкий специалист

медицинский работник пациент взаимоотношение

Инженерно - техническая модель взаимоотношения медицинского работника и пациента сводит роль врача или медсестры исключительно к восстановлению каких-то функций, устранению "поломок" в организме пациента. Межличностный аспект взаимоотношений с пациентом здесь совсем или почти совсем отсутствует, не учитывается то, что деятельность медика предполагает работу с людьми, а не только с их заболеваниями. В данной модели главенствующая роль принадлежит исключительно медицинскому работнику, он выступает как субъект деятельности, оказывающий влияние на пациента. Роль больного в процессе лечения полностью нивелируется, он выступает только как объект воздействия медика.

Инженерно - техническая модель не учитывает в полной мере некоторые медицинские этические принципы: личной свободы пациента, право выбора, гуманизма. В связи с этим данная модель взаимодействия подвергалась критике. Тем не менее, такая система взаимоотношений медицинского работника и пациента может доминировать в реанимационных отделениях, при терминальных состояниях больного, когда эффективность деятельности зависит только от медицинского персонала, и нет возможности в установлении личного контакта с пациентом.

С точки зрения фармацевтической деятельности инженерно - техническая модель взаимодействия может быть полезной в установлении следующих фармацевтических принципов: избегать поспешности действий, непродуманности в подготовке рабочего места, качественно и квалифицированно обслуживать посетителей аптеки, максимально сократить время приготовления лекарственных средств с учетом строгого соблюдения технологии изготовления, исключать ошибки в своей работе, предупреждать их в приготовлении и выдаче медикаментов, совершенствовать контроль качества лекарственных средств с обязательным разбором каждой выявленной ошибки, обеспечить качество и необходимый ассортимент изделий медицинского назначения с учетом территориальных и географических особенностей месторасположения аптечного учреждения и финансовых возможностей покупателя, критически оценивать рекламные сообщения о лекарственных средствах.

Возникновение инженерно-технической модели взаимоотношений является следствием биологической революции. В данной модели нередко врач ведет себя как ученый-прикладник, бесстрастный, свободный от нравственных и моральных ценностей, руководствующийся только целями медицинской науки. Данная модель подвергалась критике со стороны многих ученых, в том числе Р. Вича, который отмечал: «Во-первых, ученый, в том числе и прикладник, просто не может быть свободным от ценностей. Каждый день он вынужден осуществлять выбор - при определении цели исследования, при выяснении степени значимости статистических данных, при отборе из бесконечной области опытных данных таких данных наблюдения, которые являются «важными». И для каждого из этих форм выбора в качестве обоснования необходима система ценностей. Выбор того, что имеет «значение», что представляет «ценность», должен производиться постоянно. И это тем более верно по отношению к прикладным наукам, в том числе и медицине. Бесстрастный врач, полностью независимый пациент. Врач, который полагает, что его задача в том, чтобы предоставить все данные больному, а решение - за пациентом, обманывает себя, даже если признать, что во всех критических ситуациях, там, где необходимо сделать решающий выбор, такой образ действий был бы в моральном смысле здравым и ответственным. Более того, даже если в процессе принятия решения врач смог бы избежать суждений морального и иного ценностного характера, даже если бы ему удалось на деле осуществить неосуществимый идеал свободы от ценностных суждений, то такой образ действий был бы оскорбительным для него самого с моральной точки зрения. Он превратился бы в техника, в водопроводчика, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими вопросами». [2, 13]

Таким образом, отношение медика к пациенту только как к объекту своей деятельности, откладывает отпечаток на личность медицинского специалиста, на стиль его профессиональной деятельности, а так же на ее эффективность.

3. Коллегиальная модель - сотрудничество медика и пациента

Коллегиальная модель характеризуется полным взаимным доверием медицинского персонала и пациента. Стремясь к общей цели, врач, медсестра становятся "друзьями", "коллегами" пациента. В этой модели в значительной степени преодолевается иерархический характер взаимоотношений специалистов-медиков и пациентов в медицинском учреждении. Лечебный процесс должен происходить в совместной деятельности медика и пациента, в их сотрудничестве и взаимодействие. Коллегиальная модель взаимоотношений медика с пациентом предполагает взаимодействие двух субъектов деятельности, а не модель субъкт - объктных отношений, в которых медик выступает только как лицо воздействующее, а пациент как фигура, воспринимающая и изменяющаяся под этим воздействием. Сотрудничество медика с пациентом заключается в организации благоприятных условий для протекания лечения, предписания методов и форм реализации лечебного процесса, а так же индивидуальный подход к ситуации и личности пациента.

Некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели - к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Врач - это друг больного. Именно в модели коллегиального типа доверие играет решающую роль. Когда два человека действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано. Такой солидарный способ взаимодействия соратников. Здесь налицо равенство и уважение. Доверие к врачу, - как и прежде, остается обязательным компонентом лечебно - диагностического процесса. Однако его внутренняя сущность в лечебном процессе меняется. Но, как замечал Р. Вич: «Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного». [2, 15] Взаимоотношения врача и больного - не просто обмен сведениями; это - часть лечения. Известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить эффект плацебо. Плацебо - это биологически инертное вещество, которое врач дает больному в качестве биологически активного. В клинических испытаниях (где плацебо применяют специально для того, чтобы вводить больных контрольной группы в заблуждение) совершенно однозначно продемонстрирована эффективность такого лечения. «Взаимодействие между врачом и больным в ходе оказания медицинской помощи - один из главных компонентов успеха. Самое популярное лекарство - сам врач, а если взглянуть на это глазами больного, то личность врача - самое мощное из всех плацебо». [3, 169] Обычно думают, что основное действие плацебо - болеутоляющее; на самом же деле плацебо может быть средством воздействия на все потенциально устранимые симптомы; клинические испытания с применением «двойного слепого» контроля убедительно это доказывают, идет ли речь о симптомах сахарного диабета, ишемической болезни сердца или даже рака. В свое время обязательной предпосылкой возникновения эффекта плацебо считалась слепая вера в чудесную силу лекарств. «Однако отношения сотрудничества между врачом и больным порождают эффект плацебо без всякого плацебо; будучи научно обоснованным, эффект плацебо дополняет медицину как науку и оправдывает взгляд на нее как на искусство». [2, 15]

Основным свойством, характеризующим взаимодействие медика и пациента в коллегиальной модели, является сотрудничество. При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и больного состоит из четырех главных компонентов: поддержки, понимания, уважения, сочувствия. Поддержка - это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремиться быть полезным больному. Обычно это само собой разумеется и не требует никаких доказательств; однако бывают случаи, когда больной отнюдь не уверен, что врач отстаивает его интересы. Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья больного. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом больном. Их использование станет возможным, если больной осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки - активизация роли больного в лечебном процессе. Это справедливо и в случае хирургического вмешательства, когда врач как будто полностью контролирует ситуацию. Добровольное ограничение приема наркотических анальгетиков, активное передвижение, несмотря на боль, энергичное участие в лечении - все это требует от больного четкой установки на выздоровление. Эффективность плацебо, способствующего «самоизлечению», зависит от желания больного выздороветь и, в конечном итоге, - от его уверенности в успехе. Согласие больного на активное участие в лечебном процессе обычно предвещает благоприятный исход.

Уважение подразумевает признание ценности больного как индивида и важности его забот. Речь идет не только о согласии выслушать человека - главное показать, что его слова произвели на Вас впечатление: необходимо признать значительность происходящих с больным событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: “Конечно, Вам приходится много терпеть; Вы слишком долго болеете, и Ваше огорчение очень естественно и понятно”. Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомится с обстоятельствами жизни больного настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уже само время, потраченное на выяснение личных обстоятельств больного, свидетельствует об уважении врача. Часто все, что требуется, - активно проявить заинтересованность. Важны простейшие вещи, типа быстрого запоминания имени и фамилии больного. Невербальное общение способно как укрепить доверие к врачу, так и разрушить его.. Так, если смотреть больному в глаза сидя рядом с ним, он почувствует, что его уважают. Если же без конца прерывать больного или вести в его присутствии посторонний разговор, он «замкнется в себе» и доверительные отношения с больным не сложатся. Уместно бывает похвалить больного за терпение, за аккуратное соблюдение предписаний врача. Если больной представил свои старые рентгенограммы, следует показать, насколько полезной оказалась эта информация, - в результате возникнет положительная обратная связь. Одна из самых опасных и деструктивных привычек врача - склонность к унизительным для своих пациентов замечаниям. Больной, случайно услышавший, как врач вышучивает его в кругу коллег, вряд ли забудет и простит. Правильно или неправильно он истолкует услышанное, неосторожные замечания врача могут навсегда испортить доверительный контакт с больным.

Сочувствие - ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить, высказав сугубо личную оценку ощущений и эмоций больного: “Вам пришлось нелегко, было от чего обозлиться” или “Похоже, все от Вас отвернулись, представляю себе в каком Вы были отчаянии”. Сочувствуя, мы испытываем чувства другого человека. Сочувствие начинается с самого факта нашего присутствия, часто молчаливого, с ожидания, когда больной заговорит. Если приходится прервать беседу, нужно уверить больного, что вы тотчас вернетесь и дослушаете его. Врач должен терпеливо выслушать больного, даже когда тот повторяется, дать ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь. «Сочувствие можно выразить просто положив ему руку на плечо, контактируя с ним не только физически, но и эмоционально. К сожалению, технический прогресс разрушает эту непосредственную связь: врач - больной. Когда врач позволяет машине вклиниться между собой и больным, он рискует лишиться своего мощного исцеляющего воздействия». [2, 16] Налаженные взаимоотношения врача и больного не только целительны сами по себе, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств. Например, от этих взаимоотношений часто зависит дисциплинированность больного, т. е. его готовность выполнять врачебные рекомендации. Аналогичным образом, стремление сотрудничать со своим врачом - часто главный стимул к изменению образа жизни.

Коллегиальная модель взаимодействия является наиболее оптимальной и желательной для фармацевтической деятельности. Фармацевт, так же как и другой медицинский работник, должен уметь общаться с больными, учитывать их индивидуальные особенности, уметь сотрудничать с больным, поднимать настроение, помогать преодолевать чувство безнадежности пациента.

Таким образом, сотрудничество врача и больного - необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Обычно установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами больные стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

4. Договорная модель - медик как «поставщик», а пациент «потребитель медицинских услуг»

Договорная модель характеризуется обязательным адекватным информированием пациента. Она строится на контракте, договоре: медработники обязаны уважать права пациентов, но и пациенты обязаны уважать права медиков. Появление договорной модели в системе взаимоотношений медицинского работника является следствием капиталистического строя и обусловлено доминированием торговых отношений в социальной системе в настоящее время. Система взаимодействия поставщика и потребителя не обходит стороной сферу медицинских услуг. Данная позиция рассмотрения моделей взаимоотношений медика и пациента особенно актуальна в настоящее время, что является следствием преобладания платной системы оказания медицинских услуг, а так же активной деятельностью частных клиник. Действительно, медицинский работник может рассматриваться как поставщик медицинских услуг. В данном случае к нему предъявляется ряд соответствующих требований. Прежде всего, требование к качеству оказываемых услуг, то есть к эффективности предоставляемого лечения, а так же к высокому уровню обслуживания пациента, что включает в себя и реализацию всех этических принципов деятельности медика, и индивидуальный подход, и высокий культурный уровень общения с пациентом, с позиции нравственных ценностей и принципов. Медицинский работник, включенный в систему взаимоотношений с пациентом как поставщик и потребитель, должен обладать конкурентоспособностью, что и обеспечивает выполнение требований к предъявляемым услугам. В свою очередь пациент как «потребитель медицинских услуг» обладает правом выбора поставщика данных услуг, что является стимулирующим фактором для оказания эффективного и высококвалифицированного медицинского обслуживания.

Договорная модель взаимоотношений имеет значение для фармацевтической деятельности. Во - первых, данная модель акцентирует внимание на высоком уровне профессиональной подготовки фармацевта: знание фармации и основ клинической фармакологии, ориентация в различных разделах клинической медицины, умение дать квалифицированную консультацию. Во - вторых, договорная модель предполагает адекватное информирование пациента. При отпуске лекарственного средства фармацевт должен подробно объяснить, правила его приема и хранения, рассказать, о показаниях и противопоказаниях, предупредить о возможных побочных действиях препарата, раскрыть особенности новых разрекламированных средств. Профессиональная информационная работа фармацевта положительно отражается не только на эффективности лечения пациента, но и на качестве продаж в аптеке и ее рентабельности. Пациент, который получил грамотные исчерпывающие сведения от фармацевта, вероятнее всего, обратится к нему многократно.

Модель социальных отношений, которая соответствует реальным условиям, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В нем два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидают взаимной выгоды. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости необходимы для модели контрактного типа. Лишь в модели контрактного типа может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно патерналистической модели. Она позволяет избежать ложное и неконтролируемое равенство в модели коллегиального типа. «В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Кроме того, в модели контрактного типа решения принимаются так, что сохраняется уверенность - и пациент, и врач морально чисты. Таким образом, при решении медицинских проблем решающую роль будет играть дух моральной ответственности, который зависит от выбора соответствующей модели моральных отношений между сообществами профессионалов и непрофессионалов». [2, 17]

Причина договорной модели взаимоотношений медика и пациента раскрывает ряд проблем. Прежде всего, проблему оказания медицинских услуг, насколько они объективно необходимы пациенту. Ведь, взаимоотношения с позиций поставщика и потребителя предполагают аспект оплаты предоставляемых услуг. Медицинский работник или платная система оказания медицинских услуг может заниматься дискредитирующей себя деятельностью - оказанием обслуживания, которое не является необходимым для пациента - потребителя, с целью получения материальной выгоды. К сожалению, данный вопрос остается актуальным в настоящее время. Медицинская деятельность в условиях капиталистической системы этика врача может вступать в «противоречие с антигуманностью самого строя, который не только не считает себя обязанным нести ответственность за охрану здоровья народа, но и создает условия, при которых система медицинской помощи становится несовместимой с принципами гуманизма и высокой моралью врача». [2, 12] Как образно замечал В. Вересаев: «В этих условиях каждый шаг врача отмечается рублем и звон этого рубля непрерывно стоит между врачом и страдающим человеком». [4, 43] В тоже время, в договорной модели взаимодействия обнаруживаться проблема манипулирования медика пациентом. Это связано с тем, что пациент «как «потребитель» может обладать мнением, что если он оплачивает медицинские услуги, то имеет право диктовать медику условия проведения лечебного процесса. Решение данных проблем побуждает обращаться к вопросу профессионализма медика и так же к высоким требованиям, предъявляемым к личности специалиста в области медицины.

5. Модель врачевания, основанная на специфике клинического состояния больного (острое, хроническое и терминальное состояние)

Клиническое состояние больного - острое, хроническое и терминальное - накладывает свою специфику на модель врачевания.

При остром состоянии специфика врачевания основывается на том, что судьба больного определяется на первом этапе терапии со строгой регламентацией её проведения. Если при этом со стороны больного и врача будут допушены ошибки, то это может быть чревато рецидивами и хронизацией заболевания. Во всех случаях необходимо знание особенностей личности больного. Для того чтобы установить контакт с больным на весь период лечения, важно показать больному, что врач его понимает. О цели и границах терапии, её эффективности и возможных осложнениях больной должен узнавать от врача, а не из других источников.

Хороший прогноз даёт беспрерывное ведение больного при условии плодотворного сотрудничества его с врачом. Любое «сопротивление» при остром состоянии рискованно для больного. Необходимо понимать, что тесный контакт больного с врачом, индивидуальный подход, при котором врач вникает в личные и внутрибольничные конфликты, существенно влияют на прогноз. Такое последовательное врачебное поведение основывается на знании личности пациента, его конфликтов, жизненных интересов и насущных забот.

«В острой стадии наряду с медикаментозным, большей частью стационарным, лечением необходима врачебная поддержка, хотя бы для редуцирования таким путём общих нарушений и склонности больных к регрессии. Наряду с обычным терапевтическим лечением больные нуждаются в сочувствии, заботливом, понимающем и поддерживающем отношении врача, в снятии депрессивных состояний и чувства страха. Решающим для преодоления болезни является чувство врачебной поддержки, особенно после окончания рецидива и при возвращении надежды на выздоровление». [5, 47]

При хроническом состоянии больного, встреча медицинского работника и пациента происходит чаще всего при обострении заболевания, при рецидивах. Но и в данном случае наблюдается особенность в модели врачевания и взаимоотношения между медиком и больным. Поведение больного с хроническим заболеванием может отличаться назойливостью и выражаться в требованиях всё новых соматических обследований. Такие пациенты ходят от врача к врачу, настаивают на всё новых диагностических и терапевтических мероприятиях, а жалобы больного могут принимать ипохондрических характер. Вскоре это приводит врача к тому, что он воспринимает пациента как слишком обременительного. «Основная задача при хроническом течении заболевания заключается в том, чтобы согласиться с пациентом, т.е. воспринять его как больного, и использовать своё влияние и свой врачебный авторитет, чтобы направить его на правильный путь. Близость врача, каждое соматическое обследование обычно успокаивают больного. При хроническом состоянии больного действия врача могут быть направлены на решение ситуации обострения заболевания, а в периоды вялотекущего течения главная задача для медицинского работника состоит в профилактике рецидивных случаев». [5, 57]

При хроническом и остром состоянии больного необходимо установить хороший личный контакт с больным и закрепить эту связь, рассказать ему в общих чертах о его болезни и состоянии, о возможностях лечения, а также об опасностях и трудностях, которые могут возникнуть. Причина того, что врач этого не делает, нередко заключается в его стремлении остаться при своей точке зрения, а не обсуждать её. Информированные больные будут по-своему оценивать правильность диагноза и лечения, а также качество врачебной деятельности. Информированность для больного означает в первую очередь устранение или хотя бы ослабление чувства неопределённости. На практике это ведёт к тому, что сотрудничество с больным возрастает, преодолевается опасность изоляции, безнадёжности и сохраняется установка на повседневные нужды. В последнее время все шире применяется коллегиальная модель, особенно при оказании медицинской помощи пациентам с такими хроническими, длительно текущими заболеваниями, как сахарный диабет, бронхиальная астма, злокачественные новообразования, гемофилия и др.

Лечение больных, находящихся в терминальном состоянии, - одна из наиболее трудных задач, стоящих перед медицинским работником. Терминальные состояния могут вызываться различными причинами, и этиологическое и патогенетическое лечение больных при этом должно быть различным. Однако общие закономерности развития терминальных состояний приблизительно одинаковы. Это дает основание рассматривать изменения, возникающие в организме при терминальных состояниях, и применять соответствующие меры реанимации и интенсивной терапии вне зависимости от тех причин, которые привели к их развитию. Разумеется, причины острых заболеваний должны учитываться и устраняться, но обязательно на фоне проведения общих мер интенсивной терапии.

Терминальное состояние определяется как пограничное между жизнью и смертью (от лат. terminus - предел, граница). Это критический уровень расстройства жизнедеятельности с катастрофическим падением АД, глубоким нарушением газообмена и метаболизма. Более конкретно можно определить терминальное состояние как острейшее изменение жизнедеятельности, обусловленное столь тяжелым нарушением функций основных жизненно важных органов и систем, при которых сам организм не в состоянии справиться с возникшими нарушениями.

Это определение привлекает внимание по двум причинам. Во-первых, в нем легко обнаружить прямое присутствие одного из основных законов диалектики - закона единства противоположностей. Ведь, с одной стороны, это определение говорит о том, что, начав развиваться, терминальное состояние непременно закончится смертью (организм не в состоянии справиться с возникшими нарушениями). С другой стороны, присутствие в этом определении местоимения «сам» дает основание надеяться, что при своевременном применении современных мер реанимации и интенсивной терапии возможно восстановление жизнедеятельности (и даже трудоспособности) такого тяжелобольного или пострадавшего. Во-вторых, в этом определении имеется косвенная информация о пределах возможностей реанимации, которые ограничены функциональными нарушениями. Действительно, если в тяжелобольном организме преобладают функциональные изменения, то врач (в том числе и скорой помощи) своими действиями может способствовать их устранению. Если же у такого больного в жизненно важных органах возникают морфологические изменения, несовместимые с жизнью, то только врач-трансплантолог, призванный и имеющий возможность своевременно заменить эти органы, может остановить этот процесс умирания.

В практической деятельности важно на ранних этапах оживления установить патогенез катастрофического нарушения жизненных функций и в первую очередь механизм остановки сердца. Терминальное состояние может быть вызвано такими причинами, как инфаркт миокарда, острая недостаточность сердечных сосудов, массивная (очень большая) и быстрая потеря крови, закупорка дыхательных путей различными инородными предметами, электротравма, рефлекторная остановка сердца, утопление, острое отравление <http://www.globamed.ru/72.html> и т. д. Широко распространена разработанная академиком В.А. Неговским трехстепенная классификация терминального состояния: предагония, агония, клиническая смерть. Только при биологической смерти, когда наступают необратимые изменения в организме, реанимационная помощь безуспешна. Полезно знать основные признаки стадий терминального состояния: в предагональном состоянии сознание больного еще сохранено, но оно спутанно. Пульс резко учащается и с трудом определяется, дыхание затруднено, кожные покровы бледны, артериальное давление резко падает; в агоналъном состоянии сознание отсутствует, артериальное давление не определяется, пульс не прощупывается, исчезают глазные рефлексы (глаз не моргает при раздражении роговицы ваткой, не определяется реакция зрачков на световой раздражитель), дыхание поверхностное, больной как бы заглатывает воздух ртом; клиническая смерть по своей продолжительности очень короткая (4-6 мин). Клиническая смерть: ее констатируют в момент полной остановки кровообращения, дыхания и выключения функциональной активности ЦНС. Непосредственно после остановки и прекращения работы легких обменные процессы резко понижаются, однако полностью не прекращаются благодаря наличию механизма анаэробного гликолиза. В связи с этим клиническая смерть являетя состоянием обратимым, а ее продолжительность определяется временем переживания коры больших полушарий головного мозга в условиях полной остановки кровообращения и дыхания. «Надо помнить, что оживление эффективно во всех стадиях терминального состояния, если оно будет выполняться правильно. Основными задачами медика в терминальном состоянии являются обеспечение погибающего организма с помощью искусственного дыхания кислородом, а также восстановление кровообращения с помощью наружного массажа сердца. Эти мероприятия необходимо проводить одновременно для восстановления самостоятельного дыхания и кровообращения, что позволит нормализовать деятельность и функции центральной нервной системы, обмена почек». [4, 75]

Модель врачевания, основанная на специфике терминального состояния, предполагает, что главенствующая роль принадлежит исключительно медицинскому работнику, он выступает как субъект деятельности, оказывающий влияние на пациента. Больной в данном случае является полностью зависимым от действий врача, его жизнь всецело определяется эффективностью, своевременностью и высокой компетентностью мер, принимаемых медицинским персоналом. В данном случае модель взаимоотношения медика и пациента можно определить как инженерно-техническую.

Заключение

В ходе написания работы была достигнута цель исследования, то есть рассмотреть основные модели взаимоотношений медицинского работника и пациента и их значение в фармацевтической деятельности. Были выполнены поставленные задачи:

1. Раскрыто содержание патерналистической модели взаимоотношений. Патерналистическая модель взаимоотношений пациента и медика является наиболее традиционной на протяжении всей истории медицины, основывается на том, что пациент воспринимает медицинского работника как духовного отца, всецело ему доверяет и наделяет правом принятия решений в вопросах здоровья и лечения.

2. Рассмотрена специфика инженерно - технической модели взаимодействия. В данной модели главенствующая роль принадлежит исключительно медицинскому работнику, он выступает как субъект деятельности, оказывающий влияние на пациента. Роль больного в процессе лечения нивелируется, он выступает только как объект воздействия медика.

3. Выявлены особенности коллегиальной модели. Коллегиальная модель характеризуется полным взаимным доверием медицинского персонала и пациента, предполагает взаимодействие двух субъектов деятельности. Сотрудничество медика с пациентом заключается в организации благоприятных условий для протекания лечения, предписания методов и форм реализации лечебного процесса, а так же индивидуальный подход к ситуации и личности пациента.

4. Охарактеризована договорная модель взаимодействия. Договорная модель характеризуется обязательным адекватным информированием пациента. Она строится на контракте: медработники обязаны уважать права пациентов, но и пациенты обязаны уважать права медиков. Взаимодействие происходит на основе взаимных обязательств и взаимной выгоды.

5. Проанализированы модели врачевания, основанные на специфике клинического состояния. Клиническое состояние больного накладывает свою специфику на модель врачевания. В последнее время все шире применяется коллегиальная модель, особенно при оказании медицинской помощи пациентам с острыми и хроническими состояниями. Модель врачевания, основанная на специфике терминального состояния, предполагает, что главенствующая роль принадлежит медицинскому работнику, он выступает как субъект деятельности, оказывающий влияние на пациента. В данном случае модель взаимоотношения медика и пациента можно определить как инженерно-техническую.

Список литературы

1. Бартко, А. Н. К вопросу о самоопределении личности: актуальные проблемы аборта в биомедицинской этике. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии [Текст] / А. Н. Бартко // Сборник научных трудов, выпуск № 10. - М., 1994.

2. Вич, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений [Текст] / Р. Вич. - М., 1992.

. Ригельман, Р. Как избежать врачебных ошибок [Текст] / Р. Ригельман. - М., 1994. - 184c.

. Смольников, А. И. Врачебная этика [Текст] / А. И. Смольников, Е. Г. Федоренко. - Киев., 1982. - 236c.

5. Бройтигам, В Психосоматическая медицина [Текст] / В. Бройтигам, П. Кристиан, М Рад, пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; предисл. В.Г. Остроглазова. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.