Содержание

1. Введение

. Модели взаимоотношений врач - больной

. Искусство общения с больным

. Принципы биоэтики

. Вывод

. Список использованной литературы

1. Введение

Для нашего времени проблема взаимоотношений между врачом и пациентом актуальна и стояла остро всегда. Отношения между ними - основа медицины, и научиться относиться друг к другу правильно должны обе стороны. Но в какой бы то ни было неприятной ситуации виновным всегда окажется врач как лицо ответственное, так что доктор должен быть не только образованным и подкованным научно, но и духовно олицетворять свою профессию. И каждый, кто решается на этот нелегкий путь, должен не один раз задуматься: осознает ли он, какой груз берет на свои плечи, соответствует ли понятиям о том, каким должен быть врач? Но самое главное, это, пожалуй, любовь к людям, ведь именно с ними он будет контактировать каждый день десятки раз. Но как же с ними контактировать?

2. Модели взаимоотношений врач - больной

Техника никогда полностью не сможет заменить человека, но оказывает огромное влияние не только на сам процесс лечения, но и на сознание людей. Утрата психологического контакта между врачами и больными - самое главное отрицательное следствие современного развития медицины. Поскольку большинство конфликтов порождается именно этим, целесообразно рассмотреть существующие сегодня модели взаимоотношений врачей и больных.

* Патерналистская модель

В этой модели главным принципом является патернализм, или покровительство, опека, забота о благе ближнего, причем благо оценивается только с позиции заботящегося. Это своего рода отцовство, когда врач берет на себя роль родителя, который решает, что следует делать больному, а что не следует, не объясняя причин того или иного выбора.

С одной стороны, больной четко и ясно понимает, что ему необходимо сделать и в каком порядке, но для работы этой модели необходимы такие немаловажные условия, как:

а) Твердая и обоснованная уверенность врача в своих знаниях и правильности сделанного выбора

б) Врач должен являться авторитетом для больного на основании личного опыта или информации, полученной от других пациентов.

С другой стороны, эта модель не может не иметь и минусов.

а) Ограничение активности больного в понимании сути своей болезни и в инициативных поисках оптимальных методов излечения.

б) Если в результате применения этой модели возникает конфликт, вся ответственность ложится только на лечащего врача, а не разделяется им с больным и коллегами, как бывает в остальных моделях.

в) Эта модель в большей мере, чем другие, ограничивает права больного, оговоренные законодательством.

* Либерационная модель

Эта модель полностью противоположна предыдущей. Согласно ней, врач сообщает больному о сути патологии и методах ее устранения, оставляя выбор метода за самим больным.

Главное достоинство этой модели в том, что стимулируется активность участия пациента в своем лечении, а недостаток - сомнения больного, некомпетентного в медицине, что нередко заставляет его обращаться к другим врачам.

При всех недостатках патерналистской модели, она является гораздо более предпочтительнее либерационной, свидетельствующей о полной незаинтересованности врача в результатах своей работы, а чаще - о равнодушии как характерологической особенности врача.

* Технологическая модель

Эта модель в последнее время занимает все большее место, так как опирается в большей части на научный прогресс. Согласно этой модели и врач, и больной ориентируются на показания диагностических приборов и наличие тех или иных лечебных технологий. Но ни о каком психологическом контакте врача и пациента не может быть и речи, так как им даже не обязательно встречаться.

* Интерпретационная модель

Интерпретационная модель является самой распространенной моделью прошлого. Врач обсуждает с больным не только суть болезни и существующие методы ее лечения, но и высказывается о прогнозе, об индивидуальных особенностях больного с учетом различных факторов, выясняет и комментирует предпочтения больного. При этой модели врач беседует с больным, а не просто информирует его, обмениваясь с пациентом мыслями и чувствами.

В то же время эта модель является самой сложной, так как для этого требуется наладить устойчивый доверительный контакт с больным. Как же это сделать?

3. Искусство общения с больным

взаимоотношение врач больной общение

Благоприятная атмосфера при первой встрече с пациентом очень часто возникает в том случае, когда врач способен проявить глубокое доброжелательное отношение к своему собеседнику. Такое состояние можно назвать эмпатией.

ЭМПАТИЯ - это глубокое и безошибочное восприятие внутреннего мира другого человека, его скрытых эмоций и смысловых оттенков, эмоциональное созвучие с его переживаниями, использование всей глубины понимания этого человека не в своих, а в его интересах.

Очень многое в лечении зависит не только от медикаментов, но и от того, насколько больной сам настроен на выздоровление, насколько хорошо он верит в свои силы. Хороший врач должен не только назначить правильное лечение, но и установить эту связь с больным, тогда будет намного проще установить правильный диагноз, найти «корень зла».

Конструктивное сотрудничество пациента с медиком - несомненное условие для решения проблем, связанных с заболеванием. Но насколько трудно бывает больному найти в себе силы для подобного сотрудничества и сконцентрироваться на главном! Понять важность этих переживаний - первоочередная задача для врача. Тогда практические правила общения на начальном этапе можно свести к простым советам.

Поменьше говори, побольше слушай.

Не надо спешить вносить свои коррективы в логические построения пациента. Пока он не выговорится, то навряд-ли будет способен принять какую либо помощь, а скорей сочтет это как насилие. Действительным достижением пациента следовало бы считать момент, когда восстанавливается способность к самостоятельной критической оценке событий. При этом он будет видеть в талантливом враче помощника, в чем, в сущности, будет прав.

Умению слушать и одновременно выражать свое тонкое понимание сказанного как нельзя лучше соответствует выражение «интеллектуальное рыцарство» Г.Гессе. В этом проявляются известные черты профессиональной зрелости.

Обращай внимание не только на то, что пациент говорит, но и на то, как он это говорит.

Наблюдательность врача служит хорошим показателем его служебного соответствия.

В процессе общения следует обращать внимание на следующие особенности состояния пациента:

-заинтересованность в беседе, способность к активному целенаправленному взаимодействию;

-сниженное настроение, пугливость, подавленность и заторможенность, монотонность речи, замедленная реакция, выражение тревоги и страха;

-злобность, холодная агрессия, жестокость;

-наличие неадекватных высказываний, среди которых наиболее опасными являются идеи преследования и воздействия;

-повышенная раздражимость, истощаемость;

-склонность к театральности и манерности поведения, требования к себе повышенного внимания;

-повышенная отвлекаемость, обстоятельность суждений, изобилие трафаретных высказываний;

-поверхностность и легковесных высказываний, «плоские» шутки, снижение памяти на недавние события, наличие идей «фатальной предопределенности»;

Все свои наблюдения следует вести в сжатой манере в истории болезни.

Обсуждение любых профессиональных и организационных вопросов в присутствии больного недопустимы.

Ни при каких обстоятельствах и вне зависимости от возраста не позволяйте себе обращаться к пациенту на «ты».

Это правило следует принимать как заповедь. Поддержание уважительной дистанции само по себе целительно для пациента, не позволяет ему усомниться в целесообразности назначенного лечения, помогает прочно утвердить ваш собственный авторитет.

Грубое невнимание так же опасно для психики, как и чрезмерное.

Помочь больному вернуть или обрести внутреннюю самодисциплину, уважение к обоснованному больничному распорядку - непростая задача, но имеющая глубокий терапевтический смысл. Больной должен покинуть стационар не в состоянии восторженного умиления, не на «костылях», а с чувством уверенности в себе и обоснованной благодарности к тем, кто помог ему обрести самодостаточность.

Не ставьте под сомнение компетентность ваших коллег, даже если диагноз ошибочен.

Попробуйте мягко уклониться от обсуждения с больным чужих мнений. Ваша задача - поставить такой диагноз сегодня, который дал бы возможность лечить больного сегодня. Ваша гибкость преследует вполне определенную цель: больной не должен управлять вами, навязывать вам свои идеи, касающиеся вопросов лечения.

Разговаривая с вами, больной может расплакаться. Не препятствуйте этому, старайтесь поддержать его. В подобный момент теплые отношения могут очень окрепнуть. В иных случаях лучше будет прервать беседу на некоторое время, что бы дать пациенту возможность передохнуть и успокоиться.

Никогда не объясняйте пациенту происхождение, причины, меру опасности и механизм тех или иных болезненных ощущений.

В процессе беседы вы неизбежно столкнетесь с тем, что больной начнет спрашивать эти вещи. В том, что вы ни в коем случае не должны это рассказывать, есть две причины:

* Вы сам находитесь на полдороге к пониманию
* Больной не способен адекватно воспринимать ваши объяснения,

способен к моментальному формированию в своем сознании различных химер, которых впоследствии очень трудно искоренить.

Наконец, существует еще одно очень полезное правило:

Старайтесь задавать все свои вопросы, где только возможно, в отрицательной форме.

Не спрашивайте: “Есть ли у вас боль в области…”, - правильнее спросить “Нет ли у вас боли…” В противном случае ваши вопросы могут незаметно обрести характер внушения фактически отсутствующих симптомов.

4. Принципы биоэтики

Как у здания есть фундамент, на котором оно стоит, действия врача должны тоже на чем то основываться. Речь идет не о медицинских знаниях, а о том, что только сам врач решает, в какое русло их направить. И что бы было от чего отталкиваться, были придуманы принципы биоэтики. Слепое следование этим принципам невозможно, и в толковании каждого принципа очень много спорных вопросов. В то же время, если во взаимоотношениях врача и больного не будет никакой опоры, то рушиться они будут очень быстро.

* Принцип “прежде всего - не навреди”

Можно выделить такие формы “вреда”:

а) вред, вызванный бездействием, неоказанием помощи тому, кто в ней нуждается;

б) вред, вызванный небрежностью либо злым умыслом, например, корыстной целью;

в) вред, вызванный неверными, необдуманными или неквалифицированными действиями;

г) вред, вызванный объективно необходимыми в данной ситуации действиями.

Таким образом, принцип “не навреди” имеет смысл понимать в том ключе, что вред, исходящий от врача, должен быть объективно неизбежным и минимальным. Из этого делается вывод, что моральный выбор в деятельности врача не есть нечто исключительное и редкое, напротив, это - неотъемлемая часть его повседневной деятельности.

* Принцип “делай благо”

Этот принцип является расширением и дополнением первого, так что иногда их даже объединяют в один. В форме запретов излагаются более сильные моральные нормы, этот же принцип требует некоторых позитивных действий. Его смысл можно передать с помощью таких слов, как благотворительность, милосердие, благодеяние.

* Принцип уважения автономии пациента.

Между людьми действует правило “не лги”, однако нет обязательства добровольно сообщать имеющуюся у одного информацию другому. Но отношения врача и пациента несимметричны в том смысле, что первый располагает знаниями, которых нет у второго. Поэтому первый должен не только сообщить второму необходимую информацию, но и обеспечить ее понимание и добровольность принятия выбора пациентом.

* Принцип справедливости.

Термин “справедливость ” часто используется в повседневной жизни. Это в чем-то облегчает, а в чем-то затрудняет понимание этого термина в биоэтике. Естественно, понятие справедливости в биоэтике не может быть полностью отличным от его понимания в жизни, но в то же время оно является более узким, ограниченным и более строгим.

Принцип справедливости в первом приближении можно сформулировать так: каждый должен получать то, что ему причитается. В отличие от рассмотренных ранее принцип справедливости предназначен для ориентировки в ситуациях, когда наши оценки, решения и действия затрагивают не кого-то одного, а разных людей или социальные группы.

Вывод

Несмотря на все вышеуказанные правила, советы и критерии, общение между врачом и каждым его пациентом все равно каждый раз будет исключительным и неповторимым. Успешный контакт будет зависеть в большей части от личностных качеств врача, его отношении к больному, и от того, кто пришел лечиться. Если хороший специалист и хороший человек совмещаются в одном враче, то такой врач - это счастье и для больного, и для здорового. А что бы вырастить и одну, и другую составные части, нужно время, способности и, главное, и ученика, и учителя.

Список использованной литературы

* Федотов Д.Д. Врач - больной/ Л.А. Богданович, Д.Д. Федотов - Вопросы психогигиены «Медицина», 1971. с 81-91
* Зильбер А.П. Модели взаимоотношений врач-больной / А.П. Зильбер. Этюды медицинского права и этики - М.:МЕДпресс-информ, 2008. с 29-32
* Телешевская М.Э. Глазами больного/ М.Э. Телешевская - К.:Здоровье, 1985. с 71-94
* Кожевников А.Д. Искусство общения с больным/Клиническая медицина - 2002; №4; с 65-69
* Лещинский Л.А. Врач и больной / Л.А. Лещинский Деонтология в практике терапевта - М.:Медицина, 1989. с 29-151
* Введение в биоэтику/А.Я. Иванюшкин, В.Н. Игнатьев, Р.В. Коротких и др. - Введение в биоэтику - И.:«Открытое общество» 1998. с 53-76