Астраханская государственная медицинская академия

Кафедра философских проблем медицины

Реферат по теме:

"Проблема взаимоотношения врача и пациента. Принцип патернализма и антипатернализма"

Подготовил студент 305 группы

педиатрического факультета

Аксенов А.И.

Астрахань 2008

Введение в биомедицинскую этику

Определение категорий "врач" и "пациент"

Медицинская этика и деонтология - органически связанные понятия. Деонтология - учение о юридических, профессиональных и моральных обязанностях и правилах поведения медицинских работников по отношению к больному. Основными аспектами медицинской деонтологии являются: врач и больной, врач и общество, взаимоотношения между врачами, медицинским персоналом, врачебная тайна, врачебные ошибки, этическая оценка эксперимента. Прежде всего, биоэтику пытаются отождествлять с биомедицинской этикой, ограничив ее содержание этическими проблемами отношений «врач - пациент». Более широкое понимание биоэтики включает в себя ряд аксиологических, социальных проблем и проблем, связанных с системами здравоохранения. Иными словами, биоэтика ориентируется на достиже­ния современной биологии при обосновании или решении моральных коллизий, возникающих в ходе научных исследований. Имеется определенная внутренняя связь деонтологии с этикой, и это понятно, ибо долг, справедливость, совесть и честь, представление о добре и зле, наконец, счастье и смысле жизни есть категории этические. П.А. Гольбах определял этику как науку об отношениях между людьми и обязанностях, вытекающих из этих отношений. Следовательно, этика представляет собой одно из направлений воспитания, тесно связанного с деонтологией, ее целями и практической их реализацией.

Как правило, в биомедицинской этике поднимаются следующие вопросы. Имеет ли врач моральное обязательство сообщить смертельно больному пациенту о том, что он умирает? Являются ли нарушения медицинской конфиденциальности когда-либо морально оправданным? Подобные нормативные этические вопросы затрагивают моральность определенных практик.

Другие проблемы в биомедицинской этике фокусируют внимание на этическом оправдании законов. Оправдано ли со стороны общества принимать законы, которые подвергают личность против ее воли поддерживающему жизнь медицинскому лечению? Находит ли оправдание общество в принятии законов, которые допускали бы другим помещать личность против ее воли в учреждения для психически больных? Появление подобных вопросов показывает, что биомедицинская этика должна основываться не только на теории общей нормативной этики, но также и на теории социально-политической философии и философии права.

Таким образом, расширение пределов возможного в современной медицине выводят взаимоотношения врача и пациента на качественно новый уровень, затрагивающий право, мораль, религиозные убеждения граждан. Больной превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности.

В истории отечественной медицины имеется немало высказываний и оценок главного вопроса медицинской этики и деонтологии - принципа нравственного, бережного, милосердного и высокопрофессионального отношения медицинского работника к больному. Современные успехи в области науки и техники, перенесение их результатов в медицинскую практику, определили актуальность отношений между медиками и больными с позиции права, морали и религиозных убеждений.

Если в самом общем виде говорить о требованиях, которые должны предъявляться к врачу, стремящемуся посвятить себя научной деятельности, то они представляются следующими: надлежащая общая и специальная подготовка в той области медицинской науки, в которой он намерен работать. В науке нельзя не спорить. Младший научный сотрудник может даже не состояться как ученый, если полностью потеряет критическое чутье и станет в любом случае поддакивать всем и вся. Нельзя, однако, отождествлять научный спор и конфликт личностей. Нельзя также допустить, чтобы отстаивание той или иной научной точки зрения, позиции выходило за рамки морально-этических, нравственных, да и правовых норм. В странах с развитой рыночной экономикой (США, Великобритания) созданы Советы, Комитеты, Комиссии по этическим проблемам при клиниках, научных центрах и высших учебных заведениях с целью формирования нового мышления, поиска механизма этико-правового регулирования действий медперсонала в среде здравоохранения.

Во взаимоотношениях врач-пациент многое зависит от самокритичности, порядочности самих медиков. Особенность работы медика - в том, что он постоянно сталкиваются с необходимостью решать (и порой в считанные минуты) сложнейшие проблемы, за которыми стоят, прежде всего, жизнь и здоровье пациента. Принятие таких решений требует от врача большого напряжения моральных сил, мобилизации опыта и знаний, глубокого понимания степени ответственности перед больным, коллективом учреждения, где он работает, наконец, перед обществом. Сложность положения усугубляется и тем, что он не может гарантировать абсолютного успеха и в тоже время должен найти возможности снижения степени операционного риска, а в случае, когда такой риск превышает риск самой болезни, иметь мужество сказать об этом.

В век технического прогресса медицина обогащается новыми методами исследования, но мы должны помнить, что техника не должна быть барьером между врачом и больным. Из пассивного объекта медико-биологических манипуляций пациент превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности. Вместе с тем, биоэтика не может ограничиваться функцией сборщика и классификатора этических рекомендаций различных комитетов, ассоциаций и парламентов. В своей ближайшей перспективе она должна стремиться выйти на уровень теории нравственно-мировозренческого типа.

Актуальность психологических и этических аспектов во взаимоотношении врача и пациента

Специализация и интеграция медицинской помощи, оснащение крупных комплексов современной техникой, высокая квалификация и воспитание медицинского персонала - все это приносит хорошие плоды в лечении, обеспечивает его большую эффективность. Но, с одной стороны, новые средства диагностики и лечения, а с другой - узкая специализация и технификация медицины, при несоблюдении правил деонтологии, могут поставить как бы преграду между врачом и больным. Это нередко мешает психологическому контакту, чрезвычайно необходимому во врачебной деятельности. Врач всегда должен контролировать свое поведение и свои действия по принципу «психологии обратной связи» и по малейшим реакциям больного обязан быстро оценивать и правильно корректировать их.

Все это определяет, как указывают многие авторы, необходимость дальнейшего расширения фронта исследований, публикацию работ, способствующих более эффективному внедрению деонтологических принципов в практику. Помимо общих, имеющих отношение к медицине в целом, аспектов, положений и правил, в каждой специальности существуют и более узкие, в определённой степени специфические аспекты.

Колоссальные изменения в технологическом оснащении современной медицины, огромные сдви­ги в медико-клинической практике обострили моральные проблемы, встающие перед врачом, перед родственниками больных, перед медперсоналом.

Врач как личность в социальном и психологическом плане не ограничивается «узкой» лечебно-профилактической деятельностью, а участвует в решении сложных проблем воспитания и повышения общего культурного уровня населения.

Человек - высшая ценность из всех ценностей мира - таков принцип гуманизма, важнейший принцип медицинской деонтологии.

Жизнь не стоит на месте. Она предъявляет к медицине, врачам все новые требования. Во всем мире сегодня широко обсуждается вопрос о том, что бурное развитие медицинской науки и техники не только порождает новые успехи и надежды, но и заставляет перестраивать систему всей медицинской помощи населению, вынуждает к серьезному пересмотру некоторых норм врачебной тактики.

Одной из важнейших задач современной медицины считается обеспечение соматического и психоэмоционального благополучия человека. Здравоохранение, как сфера общественной жизни, выполняет такие важные социальные функции, как: гуманистическая, коммуникативная, экономическая, культурно-воспитательная, познавательно-преобразовательная и др.

Личность врача, уровень его сформированности и развития, быть может, важнейший из факторов, обусловливающий исцеление больного.

Принцип целостного подхода к пациенту требует, прежде всего, сохранения целостности личности самого врача, равно как и «пропорционального развития отдельных свойств личности, гармоничности, цельности личности, ее внутренней непротиворечивости".

Как отмечают Р.Конечный и М. Боухал, «поведение и некоторые выражения медицинских работников находятся на грани профессиональной адаптации и деформации». Развитию профессиональной деформации, по мнению Е.А.Вагнера, препятствует так называемая «охранительная адаптация врача», которая «обусловливает возможность не терять самообладание, четко и продуктивно работать в трудных условиях». Что касается психогенных ятрогений, то они следствие вредного психического воздействия врача на больного. Еще В.М.Бехтерев предупреждал, что больной живет в состоянии эмоциональной двусторонности, когда надежда на выздоровление и доверие к врачу чередуются с чувством страха и неуверенности. Это повышает чувствительность больного к внешним и внутренним воздействиям. Что же до соматических ятрогений, возникающих вследствие вреда, нанесенного лекарствами, механическими манипуляциями и т.п. Так ведущей причиной их возникновения являются допускаемые врачом врачебные ошибки.

Модели взаимоотношения врача и пациента

Принципы патернализма и антипатернализма.

Для того чтобы понять, какие морально-этические и ценностно-правовые принципы лежат в основе современной биомедицинской этики и ставят во главу угла в этических комитетах следует хотя бы кратко охарактеризовать их развитие в различные исторические эпохи. Наряду с первой моделью Гиппократа "не навреди" в средние века получила распространение модель Парацельса («делай добро»). Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541 гг.). В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс.

В духе того времени отношения врача и пациента подобны отношениям духовного наставника и послушника, так как понятие pater (лат. - отец) в христианстве распространяется и на Бога. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

На следующих исторических этапах развития медицинской морали получают развитие множество моделей взаимоотношения врача и пациента, которые основываются на исторических принципах патернализма и антипатернализма. Рассмотрим подробно некоторые современные модели.

Современные модели взаимоотношения врача и пациента

Патерналистская сакрального типа.

Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную, так как основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: «Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда». В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако, патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

Приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.

Защита личной свободы. Фундаментальной ценностью любого общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Мнение какой-либо группы людей не может служить авторитетом при решении вопроса о том, что приносит пользу, а что наносит вред.

Охрана человеческого достоинства. Равенство всех людей по их моральным качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами.

«Говорить правду и исполнять обещания». Моральные обязанности - говорить правду и исполнять обещания - столь же здравые, сколь и традиционные. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия могут быть сведены до минимума ради того, чтобы соблюсти принцип «не навреди».

«Соблюдай справедливость и восстанавливай ее». То, что называют социальной революцией, усилило озабоченность общества равенством распределения основных медицинских услуг. Иными словами: если охрана здоровья - право, то это право - для всех.

Отрицательной чертой данной модели является то, что соблюдение всех указанных выше принципов возложено исключительно на врача, что требует от него высочайших моральных качеств. К сожалению, сейчас подобный подход при оказании медицинских услуг труднореализуем вследствие высокого уровня дискриминации по различным признакам (расовому, материальному, половому и пр.).

Смешанные и переходные модели

Модель коллегиального типа

Пытаясь более адекватно определить отношение «врач - пациент», сохранив фундаментальные ценности и обязанности, 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.

Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль. Признаки сообщества, движимого общими интересами, возникли в движении в защиту здоровья в бесплатных клиниках, однако, этнические, классовые, экономические и ценностные различия между людьми делают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, труднореализуемым.

Модель контрактного типа

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели «технического» типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на «контракте», врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного.

Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, то контракт расторгается.

Антипатерналистская модель «технического» типа

Одно из следствий биологической революции - возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому «быть беспристрастным». Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

Принцип информированного согласия

Патернализм, традиционно царивший в медицинской практике, уступает место принципу сотрудничества. Нравственная ценность автономии оказалась столь высока, что благодеяние врача вопреки воле и желанию пациента ныне считается недопустимым. Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. Можно условно выделить два основных элемента этого процесса: 1) предоставление информации и 2) получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности.

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента:

о характере и целях предлагаемого ему лечения;

о связанном с ним существенном риске;

о возможных альтернативах данному виду лечения.

С этой точки зрения понятие альтернативы предложенному лечению является центральным в идее информированного согласия. Врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент, исходя из своих нравственных ценностей. Таким образом, доктор относится к пациенту как к цели, а не как к средству для достижения другой цели, даже если этой целью является здоровье.

Особое внимание при информировании уделяется также риску, связанному с лечением. Врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапность материализации.

Существует две основные модели информированного согласия - событийная и процессуальная.

В событийной модели принятие решения означает событие в определенный момент времени. После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения. Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществах. Взвесив полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию, и затем делает приемлемый с медицинской точки зрения выбор, который в наибольшей степени соответствует его личным ценностям.

Напротив, процессуальная модель информированного согласия основывается на идее о том, что принятие медицинского решения - длительный процесс, и обмен информацией должен идти в течение всего времени взаимодействия врача с пациентом. Лечение здесь подразделяется на несколько стадий, которые могут быть охарактеризованы с помощью основных задач, которые они ставят:

установление отношений;

определение проблемы;

постановка целей лечения;

выбор терапевтического плана;

завершение лечения.

В этой модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели.

Заключение

врач пациент этический патернализм

Взаимоотношения с больным в ходе лечения - одна из важнейших составляющих врачебного искусства. Поддержка, внимание, уважение и сочувствие - средства, позволяющие добиться наилучшего эффекта. Однако не все больные склонны к плодотворному сотрудничеству. Иногда они используют доверительные отношения с врачом для целей, отличных от лечения. Важно быть готовым к встрече с человеком, который вызовет антипатию. Бывает, что доверительные отношения с больным мешают врачу объективно оценивать ситуацию. И, тем не менее, значение их переоценить невозможно. Способность устанавливать и поддерживать доверительные отношения - часто самое главное качество врача, которое побуждает людей обращаться к нему за помощью.

Взаимоотношения врача и пациента остаются основой медицинской практики. Врачи и больные должны стремиться к сотрудничеству, делиться своими сомнениями и говорить друг другу правду. Даже самая современная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. Только сочетание доверительных человеческих отношений с достижениями медицинской науки и техники даст по настоящему хороший результат лечения. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным. Особенностью взаимоотношений врача и пациента в современных условиях является факт, что пациент превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности. Это требует формирования нового мышления и поиска механизма регулирующего отношения между медиками и больными с позиции права, морали и религиозных убеждений. В своей перспективе биоэтика должна выйти на уровень теории нравственно-мировозренческого типа. Главная цель современной медицины - благополучие пациента, и восстановление здоровья подчинено этой цели как один из составляющих элементов.

Уважение автономии индивида является одной из основополагающих ценностей цивилизованного образа жизни. Любой человек заинтересован в том, чтобы принимать решения, влияющие на его жизнь, самостоятельно.

Таким образом, сегодня самоопределение индивида есть высшая ценность, и медицинское обслуживание не должно являться исключением

Список литературы

Силуянова И. В., Современная медицина и православие.- М., Московское Подворье Свято-Троицкой Сергиевой Лавры», 1998.

Медицинская этика и деонтология. -М.,1983.

Деонтология в медицине.- М.,1988.

Медицина и право.- М.,1999.