

## МОДЕЛИ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ „ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ“

Традиционно се разглеждат три модела на взаимоотношения в зависимост от позицията на лекаря, на пациента и водещия етичен принцип: патерналистичен модел, автономен модел и модел на партньорство (табл. 3).

### Патерналистичен модел

Това е модел на взаимоотношения, при който *моралният принцип на благодеение стои по-високо от моралния принцип на уважение на автономността*, т. е. автономността на индивида се ограничава поради причини, изключително насочени към благополучието или потребностите на личността [61]. При този модел на взаимоотношения решенията се вземат от лекаря еднолично в полза на пациента.

*Табл. 3. Традиционна класификация на моделите на взаимоотношения лекар-пациент*

Критерии	Модел на взаимоотношения		
	Патерналистичен	Автономен	Партньорство
Позиция на лекаря	Силна	Слаба	Силна
Позиция на пациента	Слаба	Силна	Силна
Водещ етичен принцип	Благодеение	Уважение на автономността	Уважение на автономността + благодеение



Традицията на патернализма е много стара в медицината. Той идва от дълбока древност и остава водещ принцип в отношенията между лекаря и пациента от времето на Хипократ (V век пр.н.е.) до 60-те години на XX век. За целия този период е характерно, че лекарите сами решават проблемите, свързани с техните пациенти, задоволяват потребностите им от лечение, информация и консултация, а потребностите на пациента се свеждат само до потребности от медицинска помощ.

**Патернализмът** се основава на идеята, че лекарят притежава по-добра проникателност по отношение на интересите на пациента, което се свързва със спецификата на неговите знания от една страна, а от друга - с ограниченията породени от болестните преживявания на пациента. Традиционният пациент в патерналистичния модел е страдащ, зависим и търсещ помощ човек, като неговото съгласие да предаде „пълномощията“ на лекаря се подразбира, щом като сам е дошъл да търси успокоение и изцеление.

От друга страна, професионалните отговорности на лекаря предполагат той да осъществи всичко полезно за здравето на пациента, дори и тогава, когато то не се преценява като добро от самия пациент. Патернализмът предпазва пациентите от опасността сами да си нанесат вреда, така както майката и бащата предпазват своите деца (от латински *pater* – баща). Широко разпространено в англо-езичната литература е определението на Джералд Дворкин, който разглежда патернализма като *„намеса в свободата на действие на личността, оправдана изключително с причини, насочени към благополучието, доброто, потребностите, интересите или ценностите на индивида, който се принуждава.“*

Патерналистичният модел допуска прилагането на методи, които от съвременна гледна точка на отношенията „лекар–пациент“ са неприемливи - сила, лъжа, измама, непредоставяне на информация, дори принуда.

Според Джеймс Чилдрес патернализмът представлява *„отказ от търсенето на съгласие при осъществяване на искания и желания на друг човек в името на доброто на този човек.“*

През последните десетилетия *приложението на традиционния патернализъм в медицината среща сериозен отпор*. Изтъкват се следните основания за това:

1. *Съвременният пациент е със собствено мнение, изгражда свои концепции за здравето и живота и желае да участва във вземането на свързаните с неговото здраве решения*. Медицинският патернализъм е силно критикуван, защото нарушава фундаменталното право на човека да решава свободно и да носи отговорност за себе си. От гледна точка на принципа за уважение на автономността се счита за недопустимо една личност да взема решения и да ги налага на друга личност напълно компетентна да стори това сама.
2. *Развитието на технологиите в медицината днес е достигнало такава степен, че задачата на лекаря се свежда не само до осъществяване на максимум лечение за спасяване на живота на хората, както е било в миналото, но и да прави избор между различни лечебни подходи и процедури*. Въпросът е вече не само и не толкова да се осигури лечението, а по-скоро как то да се съчетае с грижите за пациента, които предполагат разбиране, уважение, респект, доверие от страна на лекаря към болния. Патерналистичният модел не съдържа в себе си уважение и разбиране към пациента. Затова и възраженията към патернализма са насочени към съществуващата практика лекарят да лекува по-скоро болестта, а не болестта на конкретния пациент.
3. В процеса на вземане на медицинските решения както на обществено, така и на индивидуално ниво присъстват *икономически и редица други съображения*. Този момент предполага идентифициране, ранжиране, дискутиране и точно определяне на доброто за пациента в конкретната ситуация. Сериозен недостатък на патерналистичния модел е, че той взема предвид само медицинските съображения, без да отчита особеностите на конкретната ситуация, в резултат на което патерналистичният модел универсализира даден контекст, чийто характеристики може да не са валидни за друга ситуация. От друга страна, недостатъкният респект към ценностната система на пациента също е една от най-честите причини за недоволство от



лекарския патернализъм. Основното положение, че медицински доброто е най-голямото добро и то надделява над всички останали ценности.

4. **Съвременният пациент, като автономна, имаща право на самоопределение личност изисква пълна и точна информация за здравословното си състояние, която да му позволи да направи пълноценен избор относно лечението.**

Този модел на взаимоотношения може да се наблюдава в две основни разновидности: „силен“ и „слаб“ патернализъм.

При „силния“ патернализъм болният е компетентен да разбере и да даде съгласието си, но лекарят не му предоставя тази възможност, като не му дава достатъчно информация, или пък не зачита доброволния и информиран избор на пациента. При „слабия“ патернализъм пациентът не е в състояние да реализира напълно информирано съгласие поради определени причини (непълнолетие, психичен статус и т.н.), или не му е осигурена пълна възможност за свободен избор [61]. Силният патернализъм се отрича почти единодушно в литературата, тъй като повечето съвременни автори виждат в него доста опасна морална позиция, поради потенциалното насилие, което се съдържа в него. Дискусиите днес са насочени преди всичко към слабия патернализъм.

Beauchamp и Childress дефинират и форма на **пасивен патернализъм**, в случаите, когато лекарят откаже да реализира предпочитанията на пациента поради съображения за благодеяние и не нанасяне на вреда [50].

Решаващ момент в диспута между привържениците на патернализма и неговите опоненти се явява въпросът за качеството или степента на личностна автономност на пациента.

Критичният анализ трябва да разграничи:

- Случаите, при които пациентът е компетентен съгласно правните критерии, от тези, при които пациентът е некомпетентен.

**Компетентният пациент** извършва правилни преценки от гледна точка на собствената си ценностна система и е в състояние да вземе правилно решение, за което да носи отговорност. Такъв пациент е способен да разбере предоставената му инфор-

мация и сам да реши своите проблеми. С други думи, **компетентността представлява способността да се реализира дадена задача**. В този смисъл, един пациент може да е некомпетентен за една задача, но да е компетентен за друга, по-лека задача. Следователно, компетентността трябва да се определя конкретно според задачата, стояща пред пациента. Много хора в определен момент не са компетентни да направят нещо, но след известно време вече могат да го сторят, т.е. те са в състояние на временна некомпетентност.

Когато един пациент бива определен като **некомпетентен**, му се определя настойник, който да защитава неговите интереси.

- Случаите, при които полезността на патерналистичните действия е насочена към самия пациент от тези, при които действията благоприятстват не пациента, а неговия попечител, или един или повече членове на неговото семейство.

Въпреки силните атаки срещу патерналистичния модел някои автори смятат, че в професията на здравния работник има място за всички видове взаимоотношения при различните ситуации. Наистина в медицинската професия има моменти, когато **лекарят е принуден и оправдан да действа патерналистично**:

- в спешни и неотложни ситуации;
- когато пациентът не е в състояние да вземе решение, т.е. той е под въздействието на силна болка, стрес или някакво психотропно вещество, в безсъзнание или в шок;
- при малки деца, при много възрастни пациенти, при психично болни при отсъствието на законния им представител и спешна ситуация;
- при инфекциозно болни, когато те са опасни за околните.

### Автономен модел

**При този модел принципът на уважение на автономността е водещ**, т.е. решенията, касаещи здравното състояние на пациента се вземат от самия него и той носи отговорността за последиците от тях.

Терминът **автономност** произлиза от гръцките думи ауто (сам, себе си, свой) и номос (управление, ръководене, закон). Днес този термин ни насочва към различни схващания, включва-



щи себеуправление, права и свободи, личен живот, индивидуален избор, свобода на волята. В литературата се разграничават няколко **схващания за автономността на пациента:**

1. **Като свобода на действие** - на преден план изпъква контрастът между автономността и принудата, която предполага преднамерено използване на сила или заплаха от увреждане.
2. **Като свобода на избор** - набляга върху възможностите за ограничаване на обхвата на избор на пациента; в случая липсата на свобода не е равнозначна на принуда, но в същото време автономността на личността е ограничена. Двете виждания фокусират върху външните за пациента фактори, които биха могли да ограничат неговата автономност.
3. **Като ефективно обсъждане** - насочва вниманието върху вътрешното състояние на пациента и свързаните с него вътрешни ограничения. Тук възлови са критериите за рационалност - способността на човека за избор на подходящи цели и способността му да избере най-добрите средства за постигане на тези цели. Вътрешни фактори, които биха могли да повлияят и ограничат ефективното обсъждане са:
  - невъзможност за развитие или недостатъчно развитие на способности за рационално мислене (деца, олигофрени, дебили и имбецили);
  - силни емоции (страх, тревожност, агресивност);
  - наличие на болка (силна, продължителна във времето);
  - неконтролируеми желания и привычки (алкохолна злоупотреба, наркомании, злоупотреба с психотропни вещества).

Една **автономна личност** притежава способността да:

- ✓ Формулира и осъществява своите собствени планове и цели.
- ✓ Да защитава своите права и интереси.
- ✓ Да направи правилен и разумен избор, след като ѝ се предостави достатъчно и на съответно ниво информация.
- ✓ Да управлява собственото си поведение, т.е. да се самоопределя.



- ✓ Да поема отговорност за себе си и за последиците от своите съзнателни избори и решения.
- ✓ Да подчини емоциите и спонтанните си желания на разума.
- ✓ Да се самоконтролира, саморазвива и осъществява.

**Уважението на автономността** предполага пациентът да се лекува като индивид, който е способен да вземе рационално решение и има капацитета за идентификация на собствените си интереси, както и за избор на най-подходящите средства за постигане на своите цели в живота [108].

**Автономният модел** предполага лекарят да предостави на пациента пълна и точна информация за здравното му състояние и да го поощри в доброволното вземане на решение. Пациентът сам избира начина на лечение и поема отговорност. Пациентът има право да каже “не” на възможност, която от медицинска гледна точка изглежда най-добра.

Съществуват редица **ограничения на модела**:

1. Не се отделя необходимото внимание на въздействието на болестта върху способността за автономност на пациента.
2. Не отделя полагаемото се място на лечението като компонент на отношението „лекар-пациент”.
3. Утвърждава неуязвимостта на моралните убеждения, решения и действия на всеки човек, при което той сам е арбитър на постъпките си, няма контрол и дискусия.

Всичко това налага търсенето на различни механизми за сътрудничество или партньорство, идеята за което се разгръща в САЩ през 80-те години на XX век.

## Модел на партньорство

При този модел **принципите на благодеяние и уважение на автономността са равнопоставени**, т.е. кое е добро за пациента и неговото здраве, се решава съвместно от него и медицинския работник в контекста на реалните проблеми и интереси на болния.

**Автономията и патернализмът са двете диалектични крайности при взаимоотношенията лекар-пациент.** Общата



цел за лекаря и за болния - овладяването на болестта - трябва да обединява двете страни. Между тях трябва да се постигне пълно взаимодействие, което да доведе до излекуване или поне до максимално облекчаване на страданията на болния.

**Моделът на партньорство предполага и двете страни да са на нивото на автономни личности**, взаимно да се уважават и да създават помежду си атмосфера на доверие и конфиденциалност. Пациентът съзнателно съдейства при вземане на решение за терапевтичния процес и човешката връзка между лекаря и неговия пациент е пълноценна [62,68]. Кое е добро за пациента и неговото здраве, се решава съвместно в контекста на реалните проблеми и интереси на болния. Този модел е най-издържан и е най-подходящ при сравнително по-леко и хронично болни пациенти.

Интересен вариант на модел на партньорство е **договорният модел**, при който взаимоотношенията между лекаря и пациента са точно регламентирани; правата и задълженията на двете страни са фиксирани; посочени са ангажиментите, които поема всяка от страните. Договорният модел се демонстрира при лечението на наркомани чрез сключването на т.нар. терапевтичен договор.

### **Други модели на взаимоотношения „лекар-пациент“**

През 1992 г. видните американски специалисти по етика **Emanuel & Emanuel** предлагат друг поглед към взаимоотношенията лекар-пациент и разглеждат **четири модела на взаимоотношения: патерналистичен, информативен, обяснителен и обсъждащ** (табл. 4а,4б).

Според Emanuel & Emanuel и четирите модела са приложими в зависимост от ситуацията. В спешна ситуация подходящ може да е патерналистичният модел. Ако комуникацията между лекаря и пациента е кратка и по повод на обикновен проблем, подходящ би бил информативният модел. Обяснителният и обсъждащият модел са полезни, ако е налице нужда от по-дълбоко изучаване на желанията на пациента.



Табл. 4а Модели на взаимоотношения по Emanuel&amp;Emanuel

Характеристика	Модел
<b>П а т е р н а л и с т и ч е н м о д е л</b>	
Цел на общуването	Осигуряване на най-доброто лечение за пациента.
Задължения на лекаря/роля	Да поддържа здравето на пациента независимо от неговите предпочитания. <b>Пазител на пациента.</b>
Ценности на пациента	Предполага се, че пациентът изповядва ценностите на лекаря.
Схващане за автономността	Пациентът е автономен, ако се съгласява с вижданията на лекаря.
<b>И н ф о р м а т и в е н м о д е л</b>	
Цел на общуването	Да даде възможност на пациента да направи информиран избор за лечението си.
Задължения на лекаря/роля	Да предостави подходяща информация без да влияе на пациента. <b>Експерт.</b>
Ценности на пациента	Ясни, стабилни.
Схващане за автономността	<b>Негативна свобода</b> – пациентът е автономен, ако е свободен от външни влияния.

В здравното законодателство като стандарт е наложен **информативният модел**. Патернализмът не е погрешен сам по себе си, но ако лекарят реши да го прилага, трябва да предложи стабилна аргументация за решението си.

Emanuel & Emanuel разглеждат като идеален **обсъждащия модел**. Според тях той отговаря най-точно на очакванията на пациентите. Лекарят при този модел е не само в ролята на експерт, но е и участник в процеса на изясняване на подходящите ценности за конкретното здравно състояние на пациента. В този случай автономността изисква от индивидите да са в състояние критично да преценят собствените си ценности и да ги реализират в действия. Взаимоотношението „лекар-пациент” е споделен процес на



обучение за справяне с болестта, така че пациентът да може да живее по-добре от преди.

**Табл. 46 Модели на взаимоотношения по Emanuel&Emanuel**

<b>Обяснителен модел</b>	
<i>Цел на общуването</i>	Обяснение на ценностите на пациента.
<i>Задължения на лекаря/роля</i>	Помощ в изясняването на ценностите на пациента. <b>Съветник</b>
<i>Ценности на пациента</i>	Конфликтни, недоразвити, нефиксирани; нуждаещи се от обяснение.
<i>Схващане за автономността</i>	<b>Позитивна свобода</b> – пациентът е автономен, ако действията му допринасят за смисъла на живота му.
<b>Обсъждащ модел</b>	
<i>Цел на общуването</i>	Даване възможност на пациента да разгледа чрез диалог алтернативни ценности, свързани със здравето.
<i>Задължения на лекаря/роля</i>	Да ангажира пациента в диалог. Може да предложи ценности, различни от тези на пациента, за да го накара да разгледа и алтернативни гледни точки върху ситуацията. <b>Приятел. Учител.</b>
<i>Ценности на пациента</i>	Нуждаещи се не само от обяснение, но и от обсъждане.
<i>Схващане за автономността</i>	<b>Позитивна свобода</b> – пациентът е автономен, ако развива нови ценности и ги интегрира в собствената си идентичност.