

Глава 6

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 благотеляние 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	Благотеляние	Уважение на автономността	Уважение на автономността + благотеляние

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 лекаря 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, недостатъкът 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 действва 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 аутос (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 привички (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 неузвимостта 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&Emanuel

Характеристика	Модел
Патерналистичен модел	
Цел на общуването	Осигуряване на най-доброто лечение за пациента.
Задължения на лекаря/роля	Да поддържа здравето на пациента независимо от неговите предпочитания. Пазител на пациента.
Ценности на пациента	Предполага се, че пациентът изповядва ценностите на лекаря.
Схващане за автономността	Пациентът е автономен, ако се съгласява с вижданията на лекаря.
Информативен модел	
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. Експерт.
Ценности на пациента	Ясни, стабилни.
Схващане за автономността	Негативна свобода – 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 споделян процес на

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

Табл. 4б Модели на взаимоотношения по Emanuel&Emanuel

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