КАЗНУ ИМ. АЛЬ-ФАРАБИ · ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Биоэтика · Лекция 5

Модели взаимоотношений между врачом и пациентом

Классификация Р. Витча, партнёрство и предотвращение конфликтов

Раушанова А.М.
и.о. профессора кафедры ЭБиДМ ФМиЗ КазНУ им. аль-Фараби

Алматы · 2026

О ЗАНЯТИИ

Цель и вопросы занятия

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ

Сформировать представление о моделях взаимоотношений врача и пациента, причинах конфликтов и принципах партнёрского взаимодействия.

РАССМАТРИВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

1. Эволюция отношений «врач — пациент»: от патернализма к партнёрству
2. Жалобы и судебные иски: причины и структура
3. Модели Р. Витча: инженерная, патерналистская, коллегиальная, контрактная
4. Модели Эмануэлей и совместное принятие решений
5. Причины конфликтов и правила их предотвращения
6. Компоненты сотрудничества; «трудные» пациенты

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Что ожидаем по итогам занятия

Знать

- модели отношений по Р. Витчу и Эмануэлям
- основные причины конфликтов
- принципы совместного принятия решений

Уметь

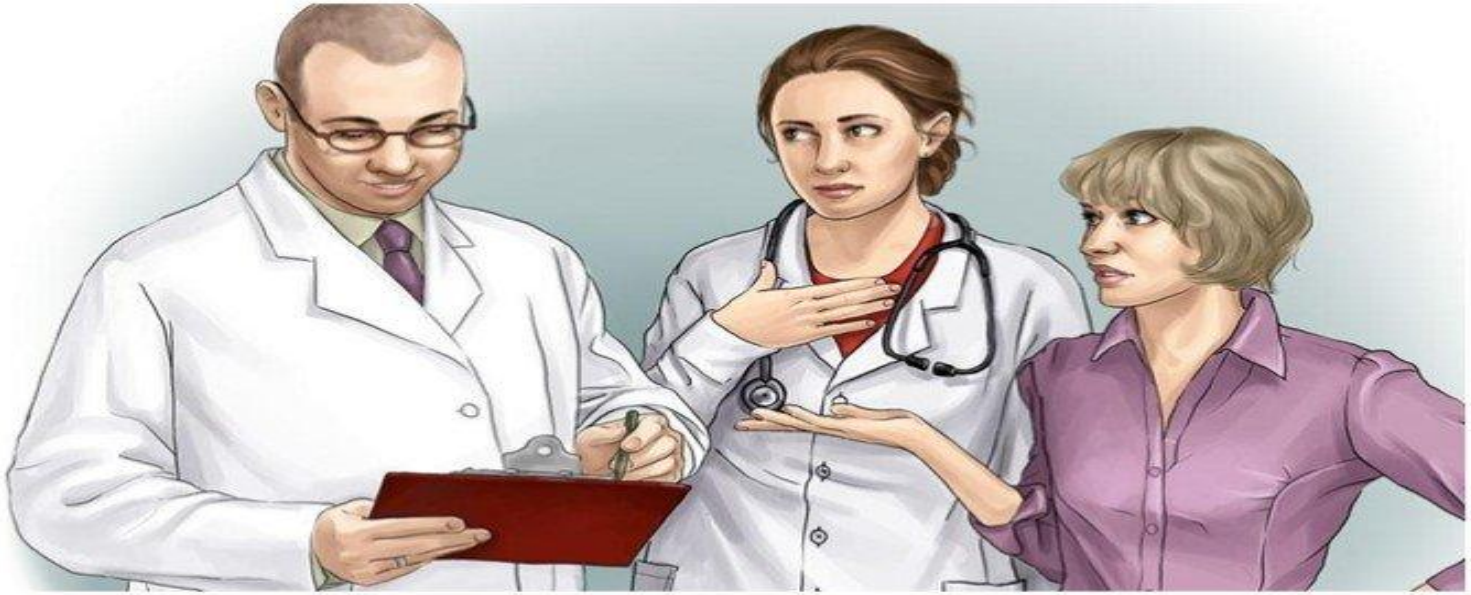
- определять модель отношений в клинической ситуации
- выбирать уместную модель с учётом состояния и предпочтений пациента
- предупреждать конфликт в общении

Владеть

- навыками партнёрской коммуникации и сообщения неблагоприятной информации

Результаты занятия — часть итоговых компетенций цикла: распознать этическую проблему, проанализировать её с позиций принципов и норм права и принять обоснованное решение.

- Не секрет, что сейчас участились случаи судебных процессов, в том числе с финансовыми претензиями, где в качестве ответчика выступают медицинские работники. Статистика подтверждает, что в большинстве своем судебные иски вызваны конфликтными ситуациями во взаимоотношениях с пациентом. **Жалобы, как правило, возникают не на качество медицинской помощи, а на бездушие, на формализм медиков**.



- В прошлых столетиях роль врача нередко сводилась к простому наблюдению за естественным течением болезни. Стиль взаимоотношений до недавних пор заключался в том, что пациент доверял врачу право принимать решения. Врач же “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений и неуверенности, а врач полностью берет на себя заботу о нем. Врач не делился с больным своими сомнениями, скрывал от него неприятную правду

- Однако доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного. В настоящее время врач и пациент сотрудничают, делятся сомнениями, говорят друг другу правду, поровну делят ответственность за исход лечения.
- **Такое сотрудничество строится на поддержке, понимании, сочувствии, уважении друг к другу.**



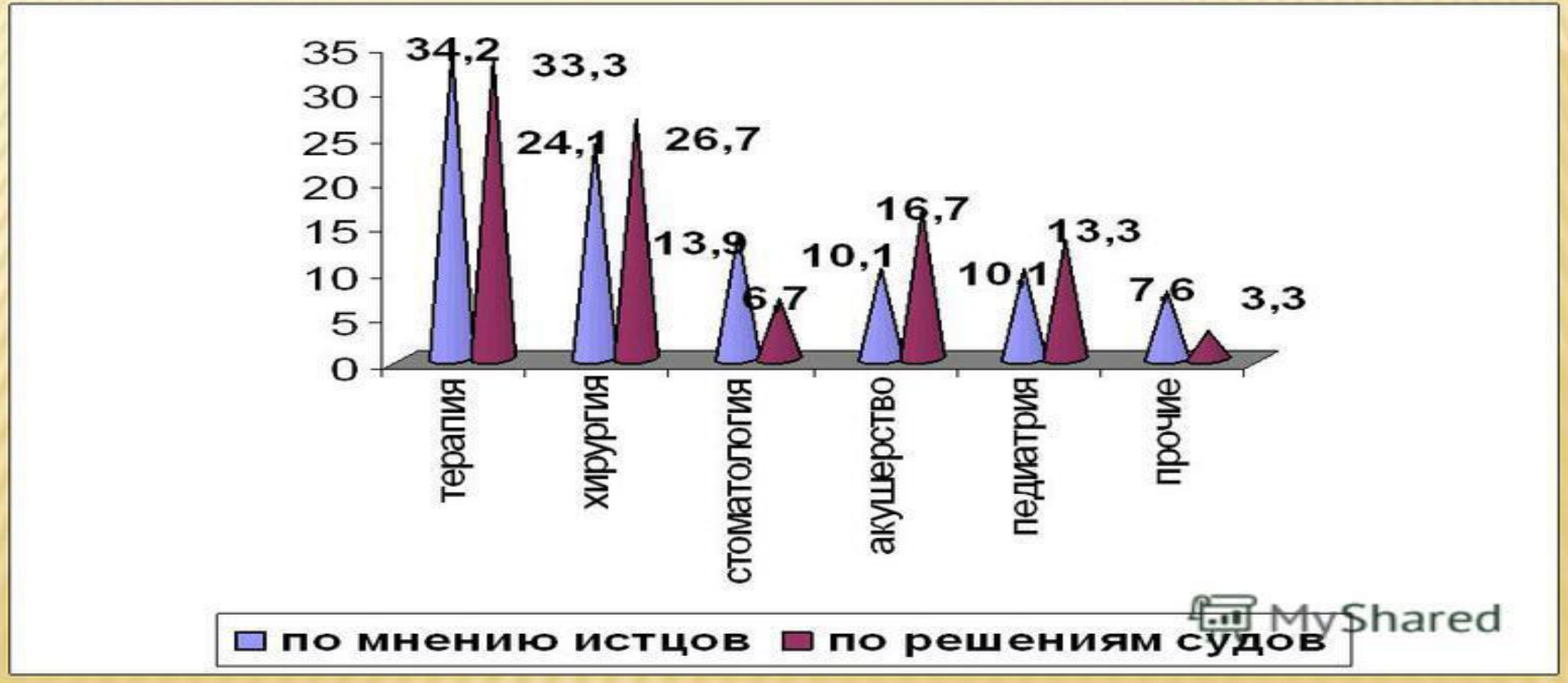


РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЖАЛОБ НА НЕНАДЛЕЖАЩУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ С УЧЕТОМ СПЕЦИАЛЬНОСТИ ВРАЧА (%)



MyShared

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ВИНОВНЫХ В ПРИЧИНЕНИИ ВРЕДА ЖИЗНИ (ЗДОРОВЬЮ) ПАЦИЕНТОВ, В % К ИТОГУ



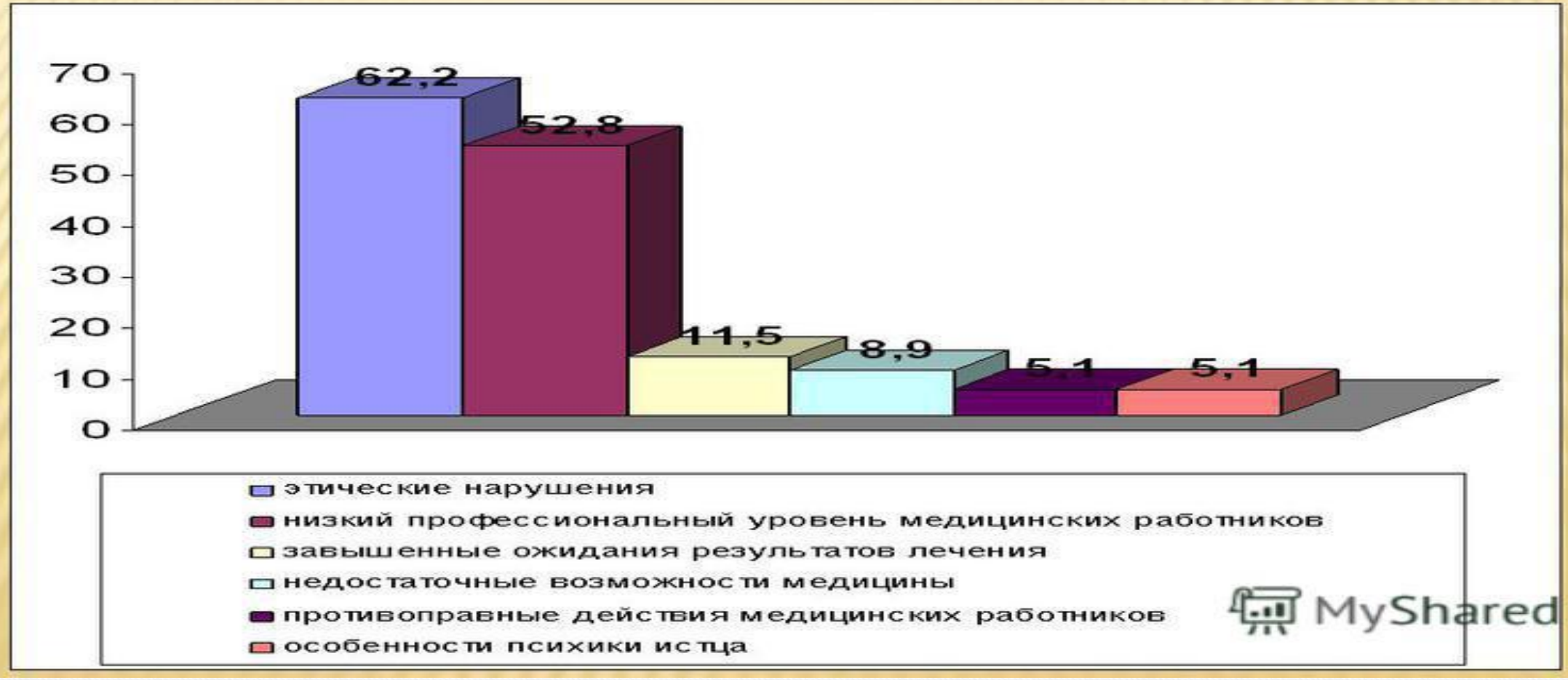
MyShared

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СРЕДНИХ РАЗМЕРОВ ИСКОВЫХ ТРЕБОВАНИЙ И СУММ ВЫПЛАТ ПО РЕШЕНИЯМ СУДОВ В РАЗРЕЗЕ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ (ТЫС. РУБ.)



MyShared

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОДАННЫХ «МЕДИЦИНСКИХ» ИСКОВ В СУДЫ ОБЩЕЙ ЮСТИЦИИ ПО ПРИЧИНАМ, В % К ОБЩЕМУ ЧИСЛУ ПРИЧИН



MyShared

- В разных культурах и в разных обществах отношения между врачом и пациентом складываются и понимаются по-разному. Американский биоэтик Роберт Витч выделяет **четыре модели** взаимоотношения врач-пациент, характерную для современной культуры:
- Инженерную
- Патерналистскую
- Коллегиальную
- Контрактную

Технологическая модель

- 1-ю модель отношения врача к пациенту Витч называет инженерной(технологической). **В рамках этой модели пациент воспринимается врачом как безличный механизм.**



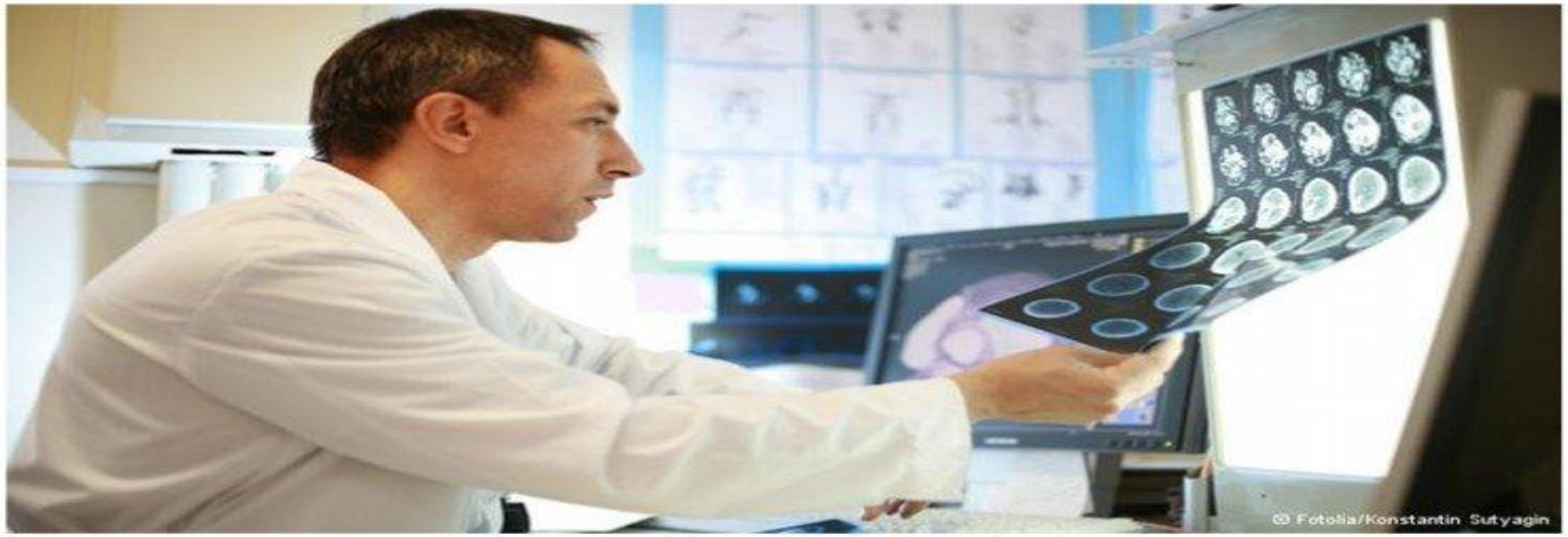
ИНЖЕНЕРНАЯ МОДЕЛЬ



- Описывает отношение к пациенту как к безличностному механизму.
- Задачи: исправить возникшие отклонения физиологического механизма.
- Основное внимание на методы диагностики: оценка физиологических параметров, биохимии, рентгена и др.

MyShared

- Технологическая модель отношений, где врач фактически не общается с пациентом, является разновидностью патерналистской модели, поскольку ожидать, что пациент разбирается в показаниях аппаратуры в той же степени, как и врач, неверно. Если допустить, что это так, то врач становится просто не нужен. То, что тенденция к этой модели существует за рубежом, вызвано сложными процессами стандартизации и технологическим рывком, но это не означает, что врач не участвует в процессах диагностики и лечения.
- **Интерпретация полученных данных требует от врача больших знаний, а необходимость разъяснить пациенту, что с ним происходит, становится только сложнее из-за количества получаемых данных.**



Патерналистская модель

- 2-ой тип отношений между врачом и пациентом - патерналистский. Межличностные отношения здесь подобны отношениям священника и прихожанина или отца и ребёнка, наставника и подопечного. **Принципы отношения к пациенту – <u>любовь, милосердие, забота, благодеяние и справедливость</u>**. Они были отражены в клятве Гиппократа. Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий. В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространённой. Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии.
- **Недостатки модели в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа <u>« начальник – подчинённый».</u>**

ПАТЕРНАЛИСТСКАЯ МОДЕЛЬ

- Межличностные отношения отец-ребенок, наставник – подопечный.
- Связь между врачом и пациентом воспроизводит не только наилучшие образцы родственных отношений, но и целебность самого отношения врача к больному.



ПАРТНЕРСКАЯ МОДЕЛЬ



Предполагает активное участие пациента в лечебном процессе. При этом предполагается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения.

MyShared

Коллегиальная модель

- Здесь господствует **принцип равноправия.** Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Такая гармония в отношениях между врачом и пациентом скорее исключение из правила.
- **На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента.** Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо *при хронических заболеваниях.*

- 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. Врач — это «друг» больного. Когда два человека или две группы людей действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано, и модель коллегиального типа адекватна. Здесь налицо равенство и в достоинстве, и уважении, и в мире содействия, что не было присуще предыдущим моделям.
- Однако социальный реализм вынуждает нас задать непростой вопрос: существует ли на деле какая-то реальная почва для взаимодействия, для общих целей и интересов, что и позволило бы использовать модель неуправляемого сообщества коллег в отношениях «врач— пациент»?



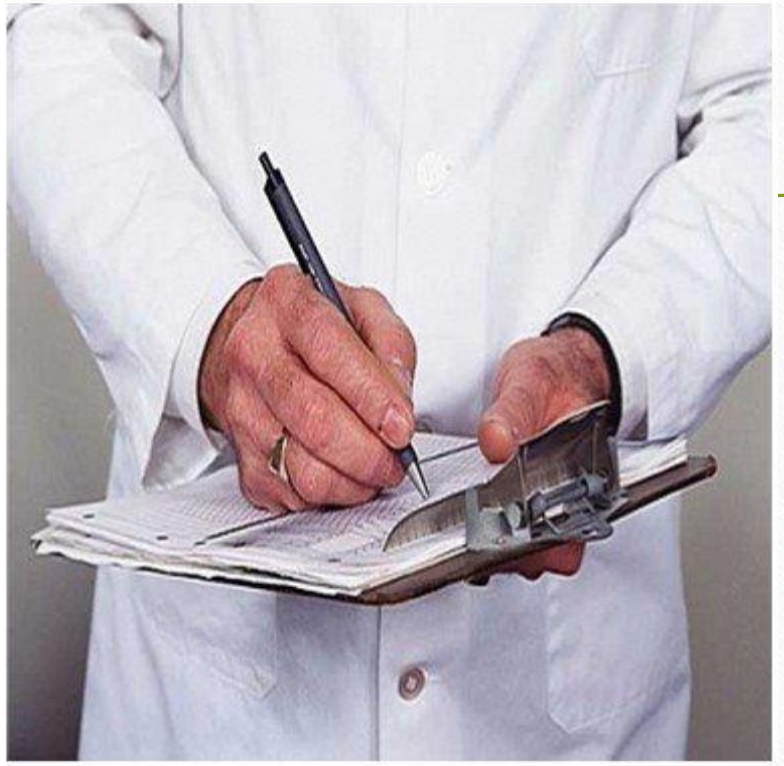
КОНТРАКТНАЯ МОДЕЛЬ



- Врач и пациент приступают к лечению на основе соглашения (контракта) относительно общего понимании болезни, ее причин, особенностей течения и прогноза, стратегии лечения.
- Больной ожидает, что врач будет согласовывать с ним важнейшие этапы лечения.
- Врач же предъявляет к пациенту требования сотрудничества в процессе терапии, выполнения соответствующих врачебных рекомендаций и правил

MyShared

- 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 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 управлять 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.



Модели взаимоотношений врач-пациент (по Р. Витчу)

Инженерная

- *Принципы (технократические)*
  Отношение, как к безличному механизму
- *Задачи*
  Исправление отклонений физиологического механизма
- *Методы диагностики*
  Физиологические параметры, биохимические, рентгенологические

Противоречит принципу уважения автономии пациента. Пациент не участвует в обсуждении

Пастырская

- *Принципы*

Межличностные отношения отец-ребенок, наставник-подопечный.

Любовь, милосердие, забота, справедливость. (отражено в клятве Гиппократа)

Патернализм нравственно оправдан в должном месте и в должной мере (педиатрия, психиатрия).

Взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник-подчиненный»

Коллегиальная

- *Принципы*

Равноправие

Врач сообщает правдивую информацию (диагноз, методы лечения, осложнения и т.д.) Пациент участвует в обсуждении. Реализуется право свободного выбора.

На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента

Контрактная

- *Принципы*

Идея общественного договора

Каждая сторона несет свои обязательства и каждая достигает своей выгоды.

Заключается договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Защищает моральные ценности личности.

Незначительное место в структуре оказания медицинской помощи населению

- Рассмотренные модели взаимоотношения врач-пациент являются идеальными конструкциями.
- Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характером медицинской помощи.

ДОПОЛНЕНИЕ

Модели Эмануэлей (1992) и совместное принятие решений

Патерналистская

Врач сам выбирает вмешательство в интересах пациента; пациент соглашается.

Информационная

Врач сообщает факты о вариантах лечения, пациент выбирает самостоятельно.

Интерпретационная

Врач помогает пациенту прояснить собственные ценности и выбрать соответствующее им лечение.

Совещательная

Врач и пациент вместе обсуждают, какие ценности важны в данной ситуации; врач выступает как наставник.

Современный стандарт — совместное принятие решений (shared decision-making): выбор делается вместе, с опорой на доказательства и ценности пациента.

- Без сомнения, взаимоотношения врача и пациента многогранны. Это большой комплекс психологических и морально-этических проблем, с которыми врачу приходится постоянно сталкиваться.
- Врач должен владеть тонким психологическим чутьем, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КОНФЛИКТОВ В СИСТЕМЕ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ:

- Квалификационные
- Организационные
- Информационные



ПРАВИЛА ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КОНФЛИКТОВ (Г.Н. НОСАЧЕВ, В.В. ПАВЛОВ, 2000)

- 1. Относитесь к людям так, как вам хотелось бы, чтобы обращались с вами.
- 2. Помните, что одобрение, сочувствие, сопереживание — эффективные средства мобилизации усилий человека на борьбу с болезнью.
- 3. Старайтесь чаще хвалить пациента за успехи в борьбе с болезнью, за трудолюбие, работоспособность, за помощь другим пациентам.

MyShared

При всем разнообразии подходов сотрудничество врача и больного состоит из четырех главных компонентов:

- поддержки,
- понимания,
- уважения,
- сочувствия.



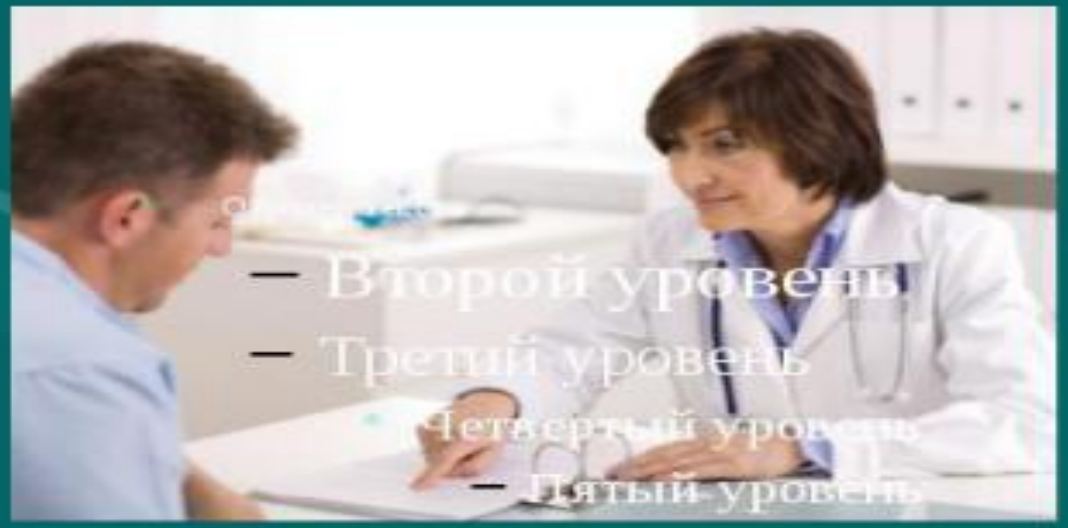
PPt4WEB.ru

- Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желания врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента.



PPt4WEB.ru

- Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду. Однако правду говорить необходимо: только взвесив все “за” и “против”, человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться.



PPt4WEB.ru

Однако не со всеми больными врачу удается наладить взаимоотношения. Таких больных условно можно отнести к категориям:

- больные, не склонные к сотрудничеству с врачом;
- больные, имеющие цели, отличные от лечения;
- больные, с которыми трудно наладить взаимопонимание;
- больные, доверительные отношения с которыми мешают процессу лечения.

PPt4WEB.ru

ИТОГИ

Ключевые выводы

01 Модели отношений — идеальные конструкции; выбор зависит от личности врача и пациента, ситуации и характера помощи.

02 Р. Витч выделяет инженерную, патерналистскую, коллегиальную и контрактную модели.

03 Патернализм допустим в экстренных ситуациях, но не должен подменять право пациента на выбор.

04 Жалобы чаще связаны с формализмом и бездушием, чем с качеством помощи: коммуникация так же важна, как компетентность.

05 Основа партнёрства — правдивая информация, уважение и совместное принятие решений.

ОБСУЖДЕНИЕ

Вопросы для обсуждения материала

1. Почему жалобы чаще связаны с формализмом врачей, чем с качеством медицинской помощи?
2. В каких ситуациях патерналистская модель оправдана?
3. Чем коллегиальная модель отличается от контрактной? Какая из них реалистичнее?
4. Как сообщить пациенту тяжёлый диагноз, сохранив надежду и не исказив правду?
5. Как телемедицина и цифровые сервисы меняют отношения врача и пациента?
6. Как выстраивать отношения с пациентом, не склонным к сотрудничеству?
7. Какая модель преобладает в вашей практике и почему?