

СОТРУДНИЧЕСТВО ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ПРОФИЛАКТИКЕ, ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Barański J., Szatowa M.

Медицинский Университет, Вроцлав, Польша

СОВМЕСТНОЕ ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ КАК ПРИОРЕТНАЯ МОДЕЛЬ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ

Модель общего принятия (согласования) лечебного или диагностического решения (shared decision making) пациентом и врачом является моделью, наиболее способствующей процессу лечения, при этом лучше всего сохраняющей независимость пациента.

Barański J., Szatowa M.
Medical University, Wroclaw, Poland

SHARED DECISION MAKING AS PREFERRED MODEL OF DOKTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Shared decision making in regard to therapy or diagnosis, by a patient and physician, is not only the most advantageous in the process of treatment but also helps best to protect patient's autonomy.

В модели общего принятия решения (*shared decision making*) врач учитывает существенную роль пациента в его выздоровлении. Выбор терапии является результатом совместного, пациента и врача, решения. Согласие достигается в результате поиска компромисса, в процессе которого врач относится с уважением и принимает во внимание взгляды и пожелания пациента. Чтобы эту модель сотрудничества и взаимодействия с больным осуществить, врач должен разобраться в предпочтениях пациента в части интересующей информации. Должен понять: какие у пациента представления на тему имеющейся болезни; какие у него есть опасения, связанные с ней; чего он ожидает от системы здравоохранения. Врач должен определиться с вариантами лечения и интерпретировать результаты исследований индивидуально в отношении данного пациента. Кроме того, предоставить ему результаты исследований и их расшифровку, а также объяснить влияние на жизнь пациента альтернативных решений. При этом необходимо в первую очередь предусмотреть возможность конфликта, и для этого согласовать общий план действия [1]. Кроме того, врач должен, прежде всего, способствовать развитию дискуссии с пациентом и его активному участию в процессе лечения.

Сотрудничество врача и пациента определяется во многих терминах, из которых чаще всего используется понятие – *compliance*. Этот термин означает, какую долю из того, что врач своему пациенту назначил, тот действительно выполнил. Это понятие относится к результатам сотрудничества, а не к его условиям. Условия общего принятия решения можно определить с помощью поиска причин нехватки сотрудничества (*non-compliance*), к которым относятся, со стороны пациента: неоправданные ожидания (напр. пациент хотел услышать от врача то, что он практически здоров); явное несоответствие субъективной оценки тяжести болезни с ее объективной, медицинской картиной; нехватка понимания у пациента того, что болезнь действительно ему угрожает; непосредственное отсутствие видимых недугов и симптомов болезни; а также доверия к врачу. Тогда как со стороны врача причиной нехватки сотрудничества является: холодное отношение к пациенту, ведение беседы в повседневном рутинном русле, авторитарность, не акцентирование внимания пациента на важности врачебных рекомендаций, отсутствие мотивации для врача, неоднозначные либо не в полной мере понятные рекомендации, переоценка эффективности терапии или слишком высокие теоретические требования и эмоциональность при общении с пациентом [2].

Понимающий, поддерживающий врач, который готов к сотрудничеству, не может быть пассивным при принятии решения пациентом. Он должен активно участвовать в формировании решения пациента, рассматривать с ним различные варианты, которые с медицинской точки зрения будут оптимальны для больного – говоря простым языком, быть заботливым советником, заинтересованным в том, чтобы пациент принял решение наиболее правильное для себя.

В системе здравоохранения партнерскую модель не всегда можно применить. Внезапные состояния угрозы для жизни, ограничения у пациента сознания либо его потеря, а также нежелание пациента, выражаемое по отношению к другой модели общения или отсутствие стремления налаживать контакт с врачом, требуют иной манеры поведения. Осуществление партнерской модели является нелегкой задачей, принимая во внимание то, что это требует не только развитой интерперсональной компетенции врача, но также и определенных организационных условий, благодаря которым врач может посвятить разговору с больным необходимое время. Это время необходимо для реализации обязанностей, которые есть также и у самого пациента: оглашение подготовленного списка вопросов и опасений, которыми должен заняться врач; объяснение врачу этих проблем в самом начале приема;

рассказ в полной мере и точно о состоянии здоровья и проведенном лечении, как это только возможно; кроме того, определение роли оперкуна или представителя пациента в процессе лечения, а также представление контактных данных, посредством которых врач сможет передавать информацию членам семьи [3].

Согласно определению С. Чарльза и коллег *shared decision making* представляет механизм уменьшения асимметрии информации и власти врачей над пациентами, с помощью обогащения медицинских знаний пациента, укрепления чувства автономии или усиления контроля над решениями, касающимися его лечения, которые влияют на его самочувствие. Эта модель основывается на: заинтересованности врача (врачей) и пациента (семьи); двустороннем стремлении к достижению совместного решения, касающегося лечения; обмене информацией между обеими сторонами на тему перспектив лечения; консенсусе в вопросе наиболее приоритетных терапевтических вариантов решения проблемы – при обоюдном согласии сторон [4].

Модель сотрудничества врача с пациентом радикально отличается от патерналистической, суть которой заключается в том, что врач вынуждает пациента подчиниться и согласиться со всеми его решениями. Он определяет, какие ожидания и требования может изъявить пациент, и каким образом они могут быть удовлетворены. В патерналистически сориентированном способе общения врача с пациентом, последнему, при несогласии с решением врача, не принятии оснований, на которых была построена схема лечения, а также не согласии с позицией врача и с его поведением, остается только сопротивление, часто ведущее к утрате контакта либо же к проявлению антипатии или враждебности по отношению к врачу. Тогда врач воспринимается как вторгшийся на личную территорию, посторонний человек, нарушающий чувство собственного достоинства пациента и его личную свободу.

Модель принятия осознанного решения (*informed decision-making*, IDM) равно как и модель совместного принятия решения (*shared decision-making*, SDM) основываются совсем на другой идее, согласно которой немедицинская перспектива также считается рациональной. Здесь в основе лежит и принцип автономии пациента, под которым чаще всего подразумевается его право на самоопределение. В обеих моделях пациент активно принимает участие, и выбранные им ценности являются основой для принятия решения, изъявления согласия на медицинское вмешательство. Отношения врача с пациентом является встречей «экспертов», имеющих ясно определенные границы собственных компетенций (медицинской и жизненной). Врач отвечает

за принятые техническо-процедурные решения, и пациент контролирует решения, касающиеся себя самого. Представление пациенту полноценной картины происходящего и выбор соответствующего для этого способа, является обязанностью врача, который адаптирует содержание своей речи к уровню осведомленности пациента в этой области, для того, чтобы он был в состоянии осознано и ответственно принимать решения.

Разница между этими моделями, между SDM и IDM, заключается в степени активности врача, а точнее в способе ангажирования пациента в процесс принятия решения, касающегося медицинского вмешательства в его здоровье. В модели общего принятия решения (SDM) учитывается процесс ведения переговоров и достижения консенсуса. Начинают формироваться взаимоотношения, требующие от врача, как и от пациента, умения прийти к общему плану лечения, к совместному принятию терапевтического решения. Чем большей врач обладает информацией, касающейся ожиданий и нужд пациента, его опасений и сомнений, а также чем точнее ощутит его эмоциональное состояние и его причины, тем лучше поймет состояние своего пациента, тем лучше сумеет предотвратить неприятные ситуации для него, которые могут привести к негативной реакции. Модель принятия осознанного решения (IDM) в свою очередь делает врача пассивным в работе с пациентом, ожидающим только решения пациента, заключающегося лишь в изъявлении согласия либо отказа от предлагаемой медицинской услуги. Она исключает участие врача в определении пациентом приоритетов и в обосновании выбора терапии, тем самым ограничивая поддержку пациента, что может влиять на его недоверие по отношению к своей компетенции и на непостоянство решений, которые принимаются, а в последующем – на ощущение беспомощности и проявление страха перед принятием решения.

Литература:

1. Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R., *Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices*, British Journal of General Practice 2000, 50: 892-899.
2. Geisler L, *Arzt Und Patient – Begegnung im Gespräch. Wirklichkeit und Wege*, pmi Verlag AG, Frankfurt am Main 2002, s.176-178.
3. *Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century*, 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit, October 30 – November 2, 2003, Phoenix, Arizona.
4. Charles C., Gafni A., Whelan T., *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango)*, Soc Sci Med 1997, 44 (5), 681-692.