

**МЕДИЦИНСКИ ПАТЕРНАЛИЗЪМ, АВТОНОМНОСТ И ИНФОРМИРАНО
СЪГЛАСИЕ В АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНАТА ПРАКТИКА**

ПЕТЪР МАРКОВ

Аджибадем Сити Клиник МБАЛ „Токуда“, София

Софийски университет „Св. Климент Охридски“

p_markov@abv.bg

**MEDICAL PATERNALISM, AUTONOMY AND INFORMED CONSENT IN
OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL PRACTICE**

PETER MARKOV

Acibadem City Clinic MBAL “Tokuda”, Sofia

Sofia University “St.Kliment Ohridski”

Abstract

Ethical standards in obstetrics and gynecology are the subject of heated discussions in academic literature, scientific forums and social networks, as they affect the relationships and interests of more than one subject. Life-threatening gynecological problems requiring an urgent solution rely on maintaining appropriate ethical standards between the patient and the doctor. In obstetrics, there are specific problems arising during pregnancy, which create ethical implications for the expectant mother, her fetus as a patient, and the medical professional. The aim of this paper is to provide an expert analysis and discussion of the principles of communication taking place in the diagnostic and treatment process in obstetrics and gynecology between the doctor and the patient, with an emphasis on medical paternalism, patient autonomy, informed consent and agreement between both sides for an optimal outcome. The two methods applied are documentary and sociological. Results show that medical paternalism as an ethical principle of doctor-patient communication in obstetrics and gynecology is currently compromised, rather than adequate in modern social life. The right of the patient to freely choose her health outcomes (in this case – autonomy of a future mother or a woman with a life-threatening gynecological problem) and the desire of the medical professional to exercise a leading role, based on humane views and professional knowledge, in many cases hides the potential for serious conflict. The conclusion drawn here is that, within the last decade, medical paternalism has given way to the models of informed consent and negotiation between doctor and patient for optimal outcomes and solutions in situations where a serious health problem has been diagnosed.

Keywords: medical paternalism, informed consent, autonomy, outcome, health problem, obstetrical and gynecological practice

Етичните принципи в акушеро-гинекологичната практика са обект на оживени дискусии както в специализираната литература и научните форуми, така и в социалните мрежи, тъй като засягат взаимоотношенията и интересите на повече от един субект: на доверения лекар-специалист от една страна, на бременната жена – от друга, и на фетуса, притежаващ самостоятелни права като пациент – от трета страна (Марков, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004; Scott, 2005). Специфични са медико-етичните принципи във взаимоотношенията между специалист (гинеколог/тазов хирург) и пациент (жена с жизнено-рискосв проблем, налагащ спешна интервенция) при казусите в гинекологичната практика.

Цел на настоящата работа е да се направи експертен анализ и дискусия на принципите на общуване между лекар и пациент в диагностично-лечебния процес в сферата на акушерството и гинекологията, с акцент върху медицинския патернализъм, автономността на пациента за информиран избор на решение и съгласието между двете страни за най-оптимален изход при съответен здравен проблем или бременност.

Използваните методи на работа са *документален* – преглед на публикувани научни публикации на различни авторски колективи, и *социологически* – анализ, оценка и дискусия на данните.

Резултати

Патернализмът като етичен стандарт на взаимоотношенията между лекар и пациент датира от времето на Хипократ (IV в. пр. н. е.) и е бил водещ принцип в медицинската, а в това число – и в акушеро-гинекологичната практика – до средата на миналия век.

Терминът патернализъм идва от латинската дума *pater* (баща) и представлява отношения “лекар – пациент“, наподобяващи отношенията „баща – дете“, тоест покровителстване на една личност от страна на друга, като водещата позиция в случая е тази на лекаря над пациента. Теоретично погледнато, патерналистичният принцип на общуване между лекар и пациент е основан на идеята, че лекарят има приоритет при вземане на решенията, касаещи диагностично-лечебния процес. Причините са, че гледната му точка се основава на по-добри медицински знания, както и на опита му като медицински специалист по установеното заболяване/състояние. Освен това

професионалните отговорности на лекаря предполагат той да върши всичко най-добро и полезно за здравето на своя пациент дори тогава, когато това не се преценява като добро от отсрещната страна (Chervenak, et al, 2011; Glaeser, 2006; Lazcano-Ponce, et al.,2020; Thaler and Sunstein, 2003).

През последните десетилетия патернализмът отстъпва място на моделите на *автономност на пациента* (лично вземане на решения, отнасящи се до собственото му здраве) и на *взаимно съгласие* (партньорство между лекар и пациент) – междинен, компромисен модел, който се намира в конфликт с медицинския патернализъм (Glaeser, 2006; Dworkin, 1972; Scott, 2005). На пациента в днешно време не се гледа само като на лице, нуждаещо се от медицинска помощ, а като на личност със собствено мнение, изискващо внимание и уважение, която самостоятелно дискутира с доверения си специалист всички касаещи я подробности както относно нейния здравен проблем, така и относно търсенето на решения за справяне с него. Безспорно е, че това е свързано с проблеми от друго естество:

- Здравната информираност на пациентката с гинекологични оплаквания или на бременната жена не винаги е на необходимото ниво, за да може сама да направи оптимален избор на решение за своя проблем или за изхода от бременността.
- Бързото развитие на медицинските технологии значително разширява обсега на клиничните решения и пациентът има различни варианти за конкретен избор.
- Финансовите съображения на пациентката за изход от ситуацията (интервенция/родоразрешение и други).

Наблюдения от практиката по тазова хирургия

Ясно е, че медицинският патернализъм се натъква на редица ограничения в практиката на специалистите по акушерство и гинекология при съвременните условия на живот. Този етичен принцип на работа обаче се прилага при казуси, свързани със сериозен риск за живота и с необходимост от извършване на живото-спасяваща процедура/интервенция по спешност, ако пациентът в същото време е психически неадекватен, объркан, изтощен, под анестезия и така нататък. Тогава лекарят действа самостоятелно, без изчакване на персонално съгласие от страна на пациента или неговото семейство (което обективно не може да бъде открито). Ръководи се от

моралните си възгледи и глобалния принцип, заложен в Хипократовата клетва, за *хуманен дълг* (Chervenak, 2011; Jonsen, Siegler and Winslade, 2015).

В алгоритъма на диагностично-терапевтичния процес, *след* първоначалния *преглед* и поставянето на *работната диагноза* следва провеждане на спокоен, откровен разяснителен *разговор* между специалиста и неговия пациент, в който лекарят го въвежда в същността на съответния медицински проблем/състояние. Обсъждат се и методичните възможности/техники за допълнителни диагностични уточнения и видовете терапевтични решения за изход (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004; Glaeser, 2006; Childress, 2007). Съществена част от този процес на общуване е писмената лична декларация на пациента за *съгласие и информираност* за същността на диагностичния или съответно терапевтичния подход, и за възможните *здравни рискове*, а косвено – и *доверието* на пациента към медицинския специалист/екип (Jonsen, Siegler and Winslade, 2015; Lazcano-Ponce, et al., 2020).

Дискусиите в специализираната литература и социума „за“ и „против“ медицинския патернализъм не стихват, а становищата варират от либерални до крайно негативистични. Дискутабилни и често стигащи до съдебни спорове са казуистичните случаи (Jonsen, Siegler and Winslade, 2015; Thaler and Sunstein, 2003).

Наблюдения от пренаталната медицинска практика

В пренаталната практика медицинският патернализъм в общуването между лекар и пациент в днешно време почти не се прилага, или това се налага твърде рядко. При диагностицирана бременност лекарят предлага жената сама да направи своя *избор на метод* за пренатален скрининг или специфичен тест за диагностика на плода. За тази цел медицинската етика налага в приятелски разговор лекарят-специалист по най-достъпен начин да *обясни на пациентката* и да я *информира* как трябва да продължи наблюдението на плода ѝ, както и каква необходимост има от предстоящи изследвания за максимално точни диагностични резултати (Марков, 2014; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004). Той трябва да обясни детайлно на какъв етап от бременността, какво изследване се прави и какви са същността, предимствата и недостатъците му; какви здравни рискове могат да възникнат за фетуса, за майката, или и за двамата. Когато бъдещата майка даде *информираното си съгласие* и се постигне

консенсус (разбирателство, взаимна договореност), тогава се пристъпва към изпълнение на утвърдения *алгоритъм* за пренатален скрининг, специфични тестове и изследвания за пренатална диагностика.

Ако се диагностицира абнормен фетален статус, лекарят има отговорната и трудна задача да *подготви* родителската двойка за *вземане на решение*, пряко свързано с крайния изход на бременността. Възможностите са три: да се роди дете с аномалии, което да бъде отглеждано в семейството със всички произхождащи от това трудности и влияние върху качеството на живота; аа се роди увреденото дете, но то да бъде дадено за отглеждане в социална институция; или да бъде прекъснатата абнормната бременност по медицински показания. От особена важност е поведението на специалиста да излъчва *емпатия, съпричастност, грижовност, хуманност*, но без намесване в *личната автономност* на бременната жена и нейния партньор, без стремеж за повлияване на нейния *личен информиран избор* за вземане на решение относно изхода на бременността (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2004; Scott, 2005). В много държави са налице строги *законови регламенти* относно абортите по медицински причини. За част от аномалиите лечението на плода е реална възможност, а не малко вероятна алтернатива. За жени, които избират износване на бременността, лекарят отново внимателното ги *запознава* с вида и естеството на феталната аномалия: *затруднения* в отглеждането на бъдещото увредено дете; какви са очакваните социални, морални и финансови *тежести*; каква е *прогнозата* (Марков, 2014; Glaeser, 2006).

Дискутират се възможностите плодът да бъде лекуван вътреутробно. Ако това е невъзможно, а бъдещите родители все пак желаят да отгледат детето, се подлага на обсъждане доколко е добре за него самото то да бъде родено с аномалия, на какви страдания би било обречено и дали заболяването му не би било причина за преждевременна смърт. По този начин може да бъде преосмислено решението на родителската двойка за изход от бременността. Очаква се да бъдат оптимизирани времето, начинът и мястото на родоразрешението.

Психоемоционалните нагласи на пациентката значително повлияват вземането на решения (Glaeser, 2006). Във всички етапи от общуването си с жената – от първата среща до изхода на бременността – лекарят е длъжен да спазва етичния принцип на *конфиденциалността*. В специализираната литература много авторски колективи са

разединени в становищата си дали е хуманно да бъдат раждани деца с пренатално диагностицирани тежки увреждания. Социалните нагласи също са на коренно противоположни позиции (Lazcano-Ponce, et al, 2020). Ясно е, че консенсус по този въпрос трудно би бил постигнат.

Заключение

Съвременните условия на живот налагат своя отпечатък върху всички сфери на социални контакти. Колкото и различни, а често пъти – дори противоречиви – да са становищата на медицинските специалисти и обществените нагласи относно етичните принципи на общуването между лекар и пациент в хода на диагностично-лечебния процес, все по-широко авторитарните модели на етиката (каквото е медицинският патернализъм) отстъпват място на либералните модели – лична автономност на пациента и взаимно съгласие между двете страни. Важно е да се оценява, че с подобряването на научната информация, усъвършенстването на технологиите и професионалните умения на медицинските екипи, се предотвратяват загуби на живот от спешни състояния и инциденти, при които често пъти лекарят изпълнява патерналистична роля в решенията и действията си. В обичайната практика на лечение на гинекологичните заболявания или проследяването на бременността обаче, без информиран избор и съгласие от страна на пациента медицински процедури не се предприемат. При всички случаи водещи в действията на лекаря са неговите морални деонтологични принципи, а именно – да прави всичко, което знае и може, в името на живота и здравето на пациентите си, с което да спестява на обществото огромни материални и социални щети.

ЛИТЕРАТУРА

Марков Д. (2014). Информираният избор при вземане на решения – етичен стандарт в превантивната медицина. – В: *Европейските етични стандарти и българската медицина*. С., 389 – 393.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2004). Informed consent. – In: *Ethics in obstetrics and gynecology*, 2nd ed., Washington, 9 – 17.

- Chervenak, F., McCullough, L.B. et al.** (2011). The professional responsibility model of obstetrical ethics: avoiding the perils of clashing rights. – In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205, 1 – 5.
- Glaeser, E.** (2006). Paternalism and Psychology. – In: *The University of Chicago Law Review*, 73, 133 – 156.
- Childress, J.F.** (2007). Methods in bioethics. – In: *The Oxford Handbook of Bioethics*. New York Press, 5 – 45.
- Dworkin, G.** (1972). Paternalism. – In: *Monist*, 56, 64-84.
- Jonsen, A., Siegler, M., Winslade, W.** (2015). Clinical ethics. – In: *A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*, 8th ed, Kindle Edition. New York, 258 pp.
- Lazcano-Ponce, E., Angeles-Llerenas, A. et al.** (2020). Communication paternalism in Mexico. – In: *BMC Med Ethics*, 21, 125 pp.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R.** (2003). Libertarian paternalism. – In: *American Economic Review*, 93, 175 – 179.
- Scott, R.** (2005). Prenatal Testing, Reproductive Autonomy, and Disability Interests. – In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14, 65 – 82.