

**ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ
В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
(МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ)**

Шаршакова Т. М., Ищенко Н. С.

*(г. Гомель, Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельский государственный технический
университет им. П. О. Сухого,)*

Философская дисциплина, изучающая мораль и нравственность, называется этикой. Профессиональная этика - это принципы поведения в процессе профессиональной деятельности.

Медицинская этика - часть общей и один из видов профессиональной этики. Это наука о нравственных началах в деятельности медиков. Предметом ее исследования является психоэмоциональная сторона деятельности медиков.

Понятия о врачебной этике складывались с древних времен [1]. В разные исторические эпохи у народов мира существовали свои представления о медицинской этике, связанные с укладом жизни, национальными, религиозными, культурными и иными особенностями. Считается, что именно Гиппократ сформулировал основные принципы медицинской этики («Клятва», «Закон», «О врачах» и т. д.).

Медицинская деонтология - часть медицинской этики, совокупность необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности. Деонтология изучает нравственное содержание действий и поступков медицинского персонала в конкретной ситуации. Теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов. Аспектами медицинской деонтологии являются взаимоотношения: медиков с больным; медиков с родственниками больного; медиков между собой. Основой взаимоотношений является слово. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией - способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять больного и его близких, уметь слушать «душу» больного, успокоить и убедить. Это своего рода искусство, причем нелегкое. В разговоре с больным недопустимы индифферентность, равнодушие, пассивность, вялость. Больной должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом.

В настоящее время существуют четыре типа моделей взаимоотношений врача и пациента.

*Информационная, когда врач выступает в качестве компетентного эксперта-профессионала, собирая и предоставляя информацию о болезни самому пациенту. При этом пациент обладает полной автономией, имея право на всю информацию и самостоятельно выбирая вид медицинской помощи. Пациент может быть необъективным, поэтому задача врача - разъяснить и подвести больного к выбору верного решения.

*Интерпретационная, когда врач выступает в роли консультанта и советчика. Он должен выяснить требования больного и оказать помощь в выборе лечения. Для этого врач должен интерпретировать, информацию о состоянии здоровья, обследовании и лечении, чтобы больной смог принять единственно правильное решение. Врач не должен осуждать требования больного. Цель врача - уточнить требования больного и помочь сделать правильный выбор. Требуется терпеливая работа с пациентом. Автономия пациента при этой модели велика.

*Совещательная, когда врач хорошо знает больного. Все решается на основе доверия и взаимного согласия. Врач при этой модели выступает в роли друга и учителя. Автономия пациента при этом соблюдается, но она основана на необходимости именно данного лечения.

*Патерналистская, когда врач выступает в роли опекуна, но при этом ставит интересы больного выше собственных. Врач настойчиво рекомендует больному выбранное им лечение. Если больной не согласен, то последнее слово остается за врачом. Автономия пациента при этой модели минимальна (в системе отечественного здравоохранения чаще всего используется именно эта модель) [2].

Поведение медика с больным зависит от особенностей психики больного, которая во многом определяет так называемую внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина болезни - это осознание больным его заболевания, отражение в сознании больного его заболевания, целостное представление больного о своем заболевании, его психологическая оценка субъективных проявлений болезни. На внутреннюю картину болезни влияют особенности личности больного (темперамент, тип высшей нервной деятельности, характер, интеллект и др.).

Во внутренней картине болезни различают:

- *чувственный уровень, подразумевающий болезненные ощущения больного;
- *эмоциональный - реагирование больного на свои ощущения;
- *интеллектуальный - знания о болезни и ее оценку, степень осознания тяжести и последствий заболевания; отношение к болезни, мотивацию к возвращению здоровья.

Выделение этих уровней весьма условно, но они позволяют медикам более осознанно выработать тактику деонтологического поведения с больным. Чувственный уровень очень значим при сборе информации (анамнеза) о проявлениях болезни, ощущениях больного, что позволяет точнее поставить диагноз заболевания. Эмоциональный уровень отражает переживания больным своего заболевания. Естественно, что эти эмоции негативны. Медик не должен быть равнодушным к переживаниям больного, должен проявлять сочувствие, уметь поднять настроение больного, вселить надежду на благоприятный исход заболевания. Интеллектуальный уровень зависит от общего культурного развития больного, его интеллекта. При этом следует учитывать, что больные-хроники знают о своем заболевании достаточно много (популярная и специальная литература, беседы с врачами, лекции и т. д.). Это во многом позволяет медикам строить свои взаимоотношения с больным на принципах партнерства, не отвергая просьбы и сведения, которыми располагает больной. У больных с острыми заболеваниями интеллектуальный уровень внутренней картины болезни ниже. О своем остро возникшем заболевании больные, как правило, знают очень немного, и эти знания носят весьма поверхностный характер. Задача медицинского работника в отношении такого больного состоит в том, чтобы в пределах необходимого и с учетом состояния больного восполнить дефицит знаний о болезни, объяснить сущность заболевания, рассказать о предстоящем обследовании и лечении, т. е. привлечь больного к совместной борьбе с болезнью, нацелить его на выздоровление. Знание интеллектуального уровня внутренней картины болезни позволяет правильно выбрать тактику лечения, психотерапию и т. д.

Поэтому четкие представления об интеллектуальном уровне внутренней картины болезни надо получить с первых минут общения с больным. Характер отношения к болезни играет очень большую роль. Об этом знали еще врачи древности: «Нас трое - ты, болезнь и я. Если ты будешь с болезнью, вас будет двое, а я останусь один - вы меня одолеете. Если ты будешь со мной, нас будет двое, болезнь останется одна, мы одолеем ее» (Абу-ль-Фарадж, сирийский врач, XIII в.). Эта древняя мудрость показывает, что в борьбе с болезнью многое зависит от самого

больного, от его оценки собственной болезни, умения медиков привлечь больного на свою сторону.

Отношение больного к болезни бывает адекватным и неадекватным. Адекватное отношение к болезни отличается осознанием своего заболевания и признанием необходимости принятия мер к восстановлению здоровья. Такой больной проявляет активное партнерское участие в проведении лечения, что способствует скорейшему выздоровлению.

Неадекватное отношение к болезни чаще характеризуется несколькими типами:

- тревожный - непрерывное беспокойство и мнительность;
- ипохондрический - сосредоточенный на субъективных ощущениях;
- меланхолический - удрученность, неверие в выздоровление; *неврастенический - реакция по типу раздражительной слабости; *агрессивно-фобический - мнительность, основанная на маловероятных опасениях;
- сенситивный - озабоченность впечатлением, которое больной производит на окружающих;
- эгоцентрический - «уход» в болезнь;
- эйфорический - наигранное настроение;
- анозогностический - отбрасывание мыслей о болезни;
- эргопатический - уход от болезни в работу;
- параноический — уверенность, что болезнь есть чей-то злой умысел;
- пренебрежительный - недооценка своего состояния и соответственное поведение (нарушение предписанного режима, физическое и психическое перенапряжение, игнорирование назначенного лечения);
- утилитарный - стремление извлечь из болезни материальные и моральные выгоды.

Знание внутренней картины болезни помогает в установлении деонтологически грамотного общения с больным, в формировании адекватного отношения больного к своему заболеванию, что повышает эффективность проводимого лечения.

Основные этические принципы в медицине. Врачебный долг медицинского работника - проявлять гуманизм, всегда оказывать помощь больному, никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, **не ускорять наступления смерти**. Принцип «не навреди»: непричинение вреда, ущерб здоровью пациента есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от степени ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к административной либо уголовной ответственности (в зависимости от степени общественной опасности деяния медицинского работника). Этот принцип обязателен, но он допускает *определенную степень риска*. Некоторые виды лечения рискованны для здоровья больного, но этот вред не наносится умышленно, и его оправдывает надежда на успех в **борьбе с болезнью, особенно смертельной**.

Принцип сохранения медицинской тайны. Под данной тайной понимают неподлежащие огласке сведения о болезни, интимной и семейной сторонах жизни больного, полученные от него самого или выявленные в процессе его обследования и лечения. Не подлежат огласке также сведения о физических недостатках, вредных привычках, имущественном положении, круге знакомств. Об этом говорится и в «Клятве» Гиппократата: «Чтобы я не увидел и не услышал касательно жизни людской, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...»

Принцип информированного согласия - любой медицинский работник должен максимально полно информировать больного, дать ему оптимальные советы.

Принцип уважения автономии пациента означает, что пациент сам, независимо от медиков, должен принимать решение относительно лечения, обследования и т. д. При этом у пациента нет права требовать от врачей принять решение за него (если только пациент не в бессознательном состоянии), дабы потом не привлекать врачей к ответственности за неправильное лечение.

В современных условиях особенно важен принцип справедливого распределения, который означает обязательность предоставления и равнодоступность медицинской помощи. В каждом обществе правила и порядок предоставления медицинской помощи устанавливаются в соответствии с его возможностями. Особенно часто несправедливость возникает при распределении дорогостоящих лекарств, использовании сложных оперативных вмешательств и т. д. При этом наносится огромный моральный ущерб тем больным, которые в силу ряда причин обделены тем или иным видом медицинской помощи [1].

Человек, вступивший во взаимоотношения с медициной, часто подвержен влиянию негативных факторов - миелогений. Различают следующие виды миелогений:

*эгогении - отрицательное влияние больного на самого себя, обусловленное, восприятием болезненных проявлений самим больным;

*эгортогении - неблагоприятное влияние одного больного на других больных в процессе их общения, когда больной верит другому больному больше, чем врачу (особенно вредно, когда имеет место отрицательная личностная основа у того, кто оказывает влияние);

*ятрогении - неблагоприятное воздействие на больного со стороны медицинских работников в процессе обследования и лечения.

Различают четыре вида ятрогении (могут быть и «немые» ятрогении, которые возникают в результате бездействия).

1) Психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильных, неосторожных высказываний или действий).

2) Медикаментозные — неблагоприятные воздействия на больного в процессе лечения медикаментами, например побочное действие лекарственных средств, аллергические реакции и т. д.

3) Манипуляционные - неблагоприятные воздействия на больного в процессе обследования (например, двойной забор крови для производства анализов либо перфорация пищевода в ходе фиброгастроскопии) или лечения (например, возникновение СПИДа в результате проведенных инъекций либо язвы на коже в результате проведения лучевой терапии) и т. д.

4) Комбинированные.

Вопрос о профилактике ятрогении является важным для медицины в целом и медицинской деонтологии в частности. Для решения этого вопроса необходимо повышать культуру медицинского обслуживания на всех этапах лечебно-профилактической работы, изучать особенности переживания больным своей болезни, совершенствовать профессиональный отбор в медицинских учебных заведениях среднего и высшего звена. Особо хотелось бы отметить роль правового просвещения для работников, работающих в сфере медицины - врачей, медсестер, медицинских нянечек и даже техничек. Так, многие из среднего медперсонала (тем более из технического персонала) слабо представляют себе нормы, связанные с

врачебной тайной (правильнее, с нашей точки зрения их называть медицинской тайной). Техничка, убиравшая ординаторскую, услышала что-либо о каком-либо больном от лечащих врачей, пришла и все выложила больному либо его родным, партнерам по бизнесу и т.д. С нашей точки зрения, необходимо привлекать к ответственности не лечащего врача, допустившего утечку информации, а технического работника. Причем, ответственность такого работника должна быть усилена в зависимости от квалифицирующих признаков - по неосторожности совершенное деяние - минимальная мера наказания (штраф, общественные работы), при наличии умысла, корыстных мотивов - усилена ответственность (размеры штрафов увеличены многократно, количество общественных работ и т.д.). В случаях, когда деяния работника привели к особо тяжким последствиям (смерти, краху бизнеса и др.) - возможно применение меры наказания - лишения свободы и т.д. [4].

Весьма сложным (не только в Республике Беларусь, но, практически на всем постсоветском пространстве) остается вопрос о проведении объективных судебно-медицинских экспертиз. Безусловно, речь идет не о самом производстве данной экспертизы, а об ее результатах. Когда медики (не в рамках проводимых экспертиз) заявляют об одних результатах (не в пользу медиков), а, находясь в тисках так называемой корпоративной этики, дают заключение диаметрально противоположное. Данную систему необходимо сломать. Должна быть создана независимая медицинская организация (в т.ч. от Министерства здравоохранения), которая могла бы давать объективные медицинские заключения, на основании которых работники правоохранительных органов могли бы предпринимать своевременные и грамотные решения по административным, уголовным делам.

Жизнь и здоровье нации - это бесценное богатство, которое необходимо для нашего настоящего и будущего общества и государства.

Литература

- 1) Тен, Е. Е. Основы социальной медицины. - Москва : ФОРУМ - ИНФРА - М, 2003. - 254 с.
- 2) Покровский, Б. В. и др. Биомедицинская этика. М. : Медицина, 1997. - 222 с.
- 3) Яровинский, М. Я. Размышления о морали, этике, биоэтике / Медицинская помощь. 1999. № 6. С.43-47.
- 4) Ищенко Н. С. Право неприкосновенности личности в Республике Беларусь: теория и практика. Минск: Тесей, - 2005.-160 с.