

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПКиП

Обсуждено на заседании кафедры
Протокол № 16
от 30.08.2022

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия преподавателем со студентами
1 курса лечебного факультета
по дисциплине «Биомедицинская этика»
Тема: СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ
Время: 3 часа

Гомель 2022

1. УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ, ТРЕБОВАНИЯ К ИСХОДНОМУ УРОВНЮ ЗНАНИЙ.

Мотивационная характеристика темы: Основой медицинской деонтологии является оптимизация оздоровительного процесса, что достигается не только совершенствованием средств и методов лечебной практики, но и безусловным выполнением медицинскими работниками своего долга на основе высокого профессионализма. Таким образом, в медицинской деонтологии ключевым понятием является профессиональный долг, следовательно, деонтология – это учение о долге. Центральной фигурой в деонтологии является личность врача. Врач в своей деятельности не может руководствоваться ничем иным кроме глубоких знаний, нравственных принципов, чувства гражданского долга перед больным и обществом. Идеал специалиста и человека, к которому каждый врач должен быть устремлен, предполагает ряд обязательных характерных свойств и особенностей.

Учебные цели занятия: усвоить основные этические принципы взаимоотношений медицинских работников и пациентов.

Воспитательные цели занятия: формирование высоко профессиональной, разносторонне развитой и нравственно зрелой личности.

Задачи занятия: приобретение студентами способности к самостоятельному анализу и интерпретации важнейших принципов деонтологии.

Требования к исходному уровню знаний.

В результате проведения занятия студент должен:

– Знать:

- предпосылки зарождения исторических моделей взаимоотношений врача и больного;

- понятия и основные формы сотрудничества врача и пациента;

- пути разрешения конфликтов;

- причины допущения врачебных ошибок.

– Уметь:

- характеризовать современную медицинскую деонтологию;

- характеризовать проблемы психологических отношений в медицинских коллективах;

- разрешать конфликты, возникающие в медицинском коллективе.

2. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН.

1. Понятие «деонтология».

2. Определение понятия «ятрогения».

3. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ.

1. Сущность и проблемы современной медицинской деонтологии.

2. Основные понятия медицинской деонтологии. Медико-этические особенности профессионального общения врачей с пациентами на различных этапах оказания медицинской помощи.

3. Слово врача как лечебный фактор. Противоречие между эмоциональным состоянием пациента и рациональным поведением врача.

4. Взаимоотношение медицинских работников: «врач-врач», «врач-медицинская сестра», и др. Моральный климат медицинского коллектива.

5. Проблема конкуренции у врачей. Ответственность врача за профессиональную честь коллег. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии».

6. Профессиональный долг и ответственность, честь и достоинство врача.

7. Основные модели взаимоотношений в системе «врач-пациент». Морально-психологические особенности общения врача с пациентом. Противоречие между эмоциональным состоянием пациента и рациональным поведением врача.

8. Моральный климат медицинского коллектива: проблемы корпоративности, демократичности и субординации. Партнерство, личная ответственность, забота о

профессиональном авторитете врача. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине. Коллегиальность, врачебный консилиум.

9. Конфликты в медицинском коллективе. Отрицательные и положительные последствия конфликтов, пути разрешения.

10. Ятрогении. Причины и классификация врачебных ошибок.

4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ

1. Сущность и проблемы современной медицинской деонтологии.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ (греч. *deon* – должное, *logos* – учение) – учение о должном в медицине, прежде всего, о профессиональном долге, обязанностях и нормах поведения медицинских работников.

Наряду с моральными нормами, регулирующими медицинскую деятельность в целом, в медицинской деонтологии фиксируются и особые нормы и стандарты, применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т.д.).

Деонтология предписывает медицинскому работнику:

- исполнять свой профессиональный долг перед пациентами и обществом – все свои знания и умения направлять на укрепление и сохранение здоровья и жизни пациентов;
- добросовестно относиться к выполнению своих профессиональных обязанностей – оказывать медицинскую помощь, уважительно и гуманно относиться к пациентам, постоянно повышать уровень своих профессиональных знаний;
- стремиться к реализации принципов и норм медицинской профессии в своей практической деятельности – не причинять вред, проявлять сострадание, быть справедливым, сохранять врачебную тайну.

Деонтология также предполагает право медицинских работников на защиту своей профессиональной чести и достоинства.

Современная медицинская деонтология определяет:

- моральные аспекты взаимоотношений врач – пациент и их специфику в педиатрии, онкологии, психиатрии, акушерстве и гинекологии и др.;
- моральные аспекты взаимоотношений между врачом и близкими пациента;
- моральные аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе (между коллегами, врачом и средним, младшим медицинским персоналом);
- моральные аспекты врачебных ошибок и ятрогений;
- права пациента и их нормативное регулирование.

Современная деонтология органически включается в пространство биоэтического знания. Ее проблемы рассматриваются сквозь призму принципов и норм биомедицинской этики, которые отражаются в современных деонтологических кодексах, принимаемых медицинским сообществом той или иной страны.

2. Основные понятия медицинской деонтологии. Медико-этические особенности профессионального общения врачей с пациентами на различных этапах оказания медицинской помощи.

Врач и пациент являются основными субъектами взаимодействия в пространстве современной медицины. Модели этого взаимодействия определяются моральными ориентирами медицинской профессии, традициями врачевания, существующими в данном обществе, спецификой состояния, в котором находится пациент.

Основными моделями отношений между врачом и пациентом являются:

- патерналистская (от лат. *pater* – отец) модель – традиционная форма взаимоотношений врача и пациента, которая господствовала в медицине до середины XX века. Эта модель ориентировала врача на самостоятельный выбор тактики и методов лечения, исходя из пользы для пациента и непричинения ему вреда. Врач брал на себя ответственность за исход лечения, а также решал, в какой мере пациент может быть проинформирован о сути болезни, механизмах лечения и его последствиях. Пациент оказывался полностью зависимым от действий врача.

□ автономная модель – современная форма взаимоотношений врача и пациента, получившая распространение в середине XX века. Эта модель предполагает равноправные отношения врача и пациента, которые строятся на основе признания автономии личности пациента, его информирования и согласия на медицинское вмешательство. Пациент самостоятельно решает, что для него является благом и наряду с врачом несет ответственность за принятое им решение.

□ модель ослабленного патернализма – пограничная модель, которая применяется в современной медицине в ситуациях, когда пациент не может выразить свою волю в силу отсутствия автономии либо ее ослабления (дети; больные, находящиеся в бессознательном состоянии; пациенты с психическими расстройствами и др.). В этом случае врач действует, исходя из интересов пациента (или других людей, если пациент может нанести им вред) и своего профессионального долга.

Возможны и другие классификации моделей взаимоотношений врача и пациента. Американский специалист в области биоэтики Р. Витч выделяет четыре модели, которые встречаются в современной медицине: инженерную, сакральную, коллегиальную и контрактную. Последнюю модель Р. Витч считает наиболее соответствующей современным реалиям. Ее определяют принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости. 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. Формы взаимоотношений врача и пациента зависят и от состояния, в котором находится пациент. С этой точки зрения принято выделять ситуации острого и хронического заболевания, терминального состояния, а также ситуацию, при которой больной находится в бессознательном (коматозном) состоянии. В рамках каждой из этих ситуаций по-разному формулируются нравственные цели врачевания.

Интенсивное развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом:

□ проблема деперсонализации отношений врач – пациент. Высокая степень разделения труда в современной медицине приводит к тому, что расширяется круг лиц, с которым приходится контактировать пациенту, и становятся проблематичным непосредственное общение и личностный контакт пациента и врача.

□ проблема коммерциализации отношений врач – пациент. В рамках рыночной формы организации здравоохранения врачи играют роль производителей и продавцов медицинских услуг, а пациенты – роль покупателей. Возникают фундаментальные противоречия интересов врачей и пациентов. Врач заинтересован в том, чтобы продать больше и по возможно большей цене, что может неблагоприятно сказываться не только на финансах, но и на здоровье пациента.

□ проблема формализации отношений врач – пациент. В основе современного медицинского знания лежит естественнонаучный подход к человеку, абсолютизация которого приводит к тому, что разрушается целостное восприятие пациента как уникальной личности, и он становится для врача лишь объектом приложения своих знаний и навыков.

□ проблема скептического отношения пациентов к рекомендациям врача. Повышение уровня информированности населения в области медицины, реклама медицинских услуг и фармацевтических препаратов формирует склонность пациентов к самолечению, недоверие и сомнение в правильности назначенного врачом лечения, обращение к нетрадиционной медицине.

Решение этих проблем во многом зависит от врача, который должен учитывать индивидуальные особенности пациента, его состояние и переживания с ним связанные, соотносить свою деятельность с общечеловеческими моральными ценностями – добром, милосердием, заботой, сочувствием, справедливостью.

Для современной деонтологии характерен интерес к проблеме прав пациента,

соблюдение которых является обязанностью врача. Права пациента в Республике Беларусь закреплены в различных нормативных документах (Закон Республики Беларусь «О здравоохранении», Кодекс врачебной этики) и предполагают его право на: уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников; свободный выбор врача, получение полной информации о состоянии своего здоровья, методах обследования, лечения и его последствиях, квалификации медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи; облегчение боли, связанной с заболеванием и медицинским вмешательством, доступными способами и средствами; согласие или отказ от оказания медицинской помощи и госпитализации; обжалование поставленного диагноза, применяемых методов обследования и лечения, организации оказания медицинской помощи; сохранение медицинскими работниками врачебной тайны; духовную поддержку священнослужителя.

3. Слово врача как лечебный фактор. Противоречие между эмоциональным состоянием пациента и рациональным поведением врача.

Самый конфронтационный вопрос, касающийся практикующих врачей – это их способность эффективно общаться с пациентами.

Как и всякий этикет, медицинский нуждается в своде твердых правил. Это было понятно еще самым первым светским врачам - Асклепиад, потомкам легендарного Асклепия. Клятва, что лишь условно называется Гиппократовой, уходит корнями в древность, позже она была оформлена как документ и содержала пять основных требований к врачу, которые, как "Отче наш", во все времена должен был почувствовать каждый будущий врач – обязательства молодого врача в отношении учителя-мастера; запрет разглашения врачебной тайны; действий, которые могут причинить моральный или физический ущерб больному или его родственникам; преданность профессии; коллегиальность в интересах больного.

Удовлетворенность клиента лечением в значительной степени зависит от того, было ли общение с врачом положительным, что прямо пропорционально зависит от качества взаимодействий. Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, – неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы, и, в первую очередь, точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу. Неэффективное общение является барьером на пути к достижению здоровья. Взаимоотношения между врачом и пациентом – одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса.

Врач относится к элитарной части общества и априори должен быть интеллигентным, воспитанным человеком.

Речевая деятельность занимает важное место в жизни современного врача, без нее немислимы ни овладение профессиональными знаниями, ни общекультурное развитие. Умение вести диалог становится одной из основных характеристик личности врача как социального феномена. Анализ научной литературы по лингвистике, культурологии, педагогике показывает, что понятие "культура речи" трактуется как владение нормами литературного языка в его устной и письменной форме, при которой осуществляются выбор и организация языковых средств, позволяющих в определенной ситуации общения и при соблюдении этики общения обеспечить наибольший эффект в достижении поставленных задач коммуникации.

Термин культура речи многозначен. "Культура речи – это совокупность знаний, умений и навыков, обеспечивающих автору речи незатрудненное построение речевых высказываний для оптимального решения задач общения. Культура речи – это совокупность и система свойств и качеств речи, говорящих о ее совершенстве. Культура речи – это область лингвистических знаний о системе коммуникативных качеств речи". К настоящему времени в науке установлено, что культура речи состоит из трех компонентов: нормативного, коммуникативного и этического. Вместе с тем, важную роль для дисциплин культурологического цикла играют такие качества речи, как эмоциональность,

выразительность, образность, интуитивность, ассоциативность. Перечисленные качества речи целесообразно выделить в эстетический компонент культуры речи. Исходя из вышесказанного, культура речи состоит из четырех компонентов: нормативного, коммуникативного, этического и эстетического.

Нормативный аспект культуры речи врача – один из важнейших, но не единственный. Он предполагает знание литературных норм и умение применять их в речи. Однако эффективность общения врача с пациентом не всегда достигается одной правильности. Важно учитывать, кому адресован текст, принимать во внимание осведомленность и интересы адресата. Язык располагает богатым арсеналом средств, позволяющим найти нужные слова для объяснения сути дела любому человеку. Среди языковых средств в медицине необходимо выбирать такие, которые с максимальной эффективностью выполняют поставленные задачи общения при беседе с пациентом. Навыки отбора таких средств составляют коммуникативный аспект культуры речи врача. Соблюдение норм поведения, уважение к участникам общения (пациенту, его родственникам), доброжелательность, тактичность и деликатность составляют этическую сторону общения врача со своими больными. Этические нормы составляют необходимую часть культуры речи, а культура речи, в свою очередь, является важной частью общей культуры не только врача, но и пациента. Традиционное общение предусматривает взаимосвязь трех его сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной, которые в реальной действительности, конечно, не реализуются изолированно. Коммуникативная функция общения состоит в обмене информацией, в данном случае между врачом и пациентом, интерактивная заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами, перцептивная (лат. *perceptio* – восприятие) – в общении как процессе восприятия партнерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.

Цель врача – выработать определенную точку зрения на сиюминутные и потенциальные проблемы пациента. Коммуникативной стороне общения свойственны наличие: обратной связи; коммуникативных барьеров; коммуникативного влияния; вербального и невербального уровней передачи информации.

В контексте общения врача и пациента обратная связь – это реакция пациента на поведение врача. Обратная связь призвана помочь врачу понять, как она сама, ее поведение и предоставляемая ею информация воспринимаются и оцениваются пациентом. Во время диалога врач и пациент постоянно меняются коммуникативными ролями “говорящего” и “слушающего”. Поэтому врач также выражает свою реакцию – прямо или косвенно. В первом случае информация, поступающая от врача (“говорящего”), в открытой форме содержит реакцию на поведение пациента (“слушающего”): “Я не смогу ответить на ваш вопрос”, “Я не приветствую нарушение вами режима”, “Я с трудом понимаю, о чем сейчас идет речь” и т.д.; реакция может также проявляться жестами и другими элементами невербальной коммуникации. Такая обратная связь обеспечивает адекватное понимание ее пациентом и создает условия для эффективного общения.

Косвенная обратная связь – это завуалированная форма передачи партнеру информации. Для этого используются риторические вопросы типа “Вы действительно так считаете?”, “И это поможет?” иронические замечания типа: “Да... У нас теперь все знают, как надо лечить”, вербальные и невербальные реакции и т.д. В данном случае “слушающий” должен сам догадываться, что именно хотел сказать ему “говорящий” и каковы на самом деле его реакция и его отношение. Естественно, догадки не всегда оказываются верными, что значительно затрудняет процесс общения. Выступая в роли “слушающего”, врач должен по возможности недвусмысленно реагировать на слова и поведение пациента. В затруднительных случаях лучше сказать: “Это не входит в мою компетенцию, надо посоветоваться с коллегами”. Если пациент предоставляет врачу информацию, не поддающуюся однозначному толкованию, он обязан задать уточняющие вопросы. Известно, что спонтанный прием сигналов обратной связи неполон и интерпретируется через собственную систему координат. Мы считаем, что система координат врача

детерминируется его профессиональной ролью и основывается в большинстве случаев на безоценочном положительном отношении к пациенту. Говоря о большинстве случаев, мы имеем в виду, что иногда врач может поведенчески оценивать некорректное, с его точки зрения, поведение пациента, например, несколько фамильярное.

С другой стороны, касаясь феномена обратной связи, нельзя не заметить, что подобное поведение пациента, возможно, является ответом на поведение врача, которое позволило ему вести себя подобным образом.

В процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания. От чего оно зависит?

Во-первых, форма и содержание сообщения существенно связаны с личными особенностями “говорящего”, его представлениями о “слушающем” и отношением к нему и к ситуации, в которой происходит общение.

Во-вторых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности “слушающего”, его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет выслушано с должным вниманием, а замечание соседа – с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой – как “вечную придирку”. Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения коммуникативных барьеров. В данном случае можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации у врача. М.Р. Битянова (1994) выделяет фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений. Фонетический барьер может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.

Семантический (смысловой) барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера – актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д.

4. Взаимоотношение медицинских работников: «врач-врач», «врач-медицинская сестра», и др. Моральный климат медицинского коллектива.

Моральный климат медицинского коллектива во многом определяет успешность профессиональной деятельности врача. Нравственные нормы предписывают врачу по отношению к своим коллегам:

- быть доброжелательным, порядочным, честным, справедливым, уважительно относиться к знаниям и опыту коллег, бескорыстно передавать им свой опыт и знания;
- сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам;
- постоянно учиться у более опытных коллег и при возникновении профессиональных затруднений, обращаться к ним за помощью, уметь признавать свои ошибки и заблуждения, обмениваться с коллегами профессиональной информацией;
- не препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача;
- не допускать негативных высказываний в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц;

- препятствовать деятельности бесчестных и некомпетентных коллег, наносящих ущерб здоровью пациентов;

- уважительно и доброжелательно относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, передавать им свой опыт, содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

5. Проблема конкуренции у врачей. Ответственность врача за профессиональную честь коллег. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 августа 2018 г. № 64 «О Правилах медицинской этики и деонтологии».

Профессиональная деятельность медицинских, фармацевтических работников основывается на принципах гуманизма, милосердия, сдержанности, профессионализма, конфиденциальности и толерантности. Принцип гуманизма заключается в проявлении медицинскими, фармацевтическими работниками вежливости, доверия, сочувствия, уважения, сострадания, проявления эмпатии во взаимоотношениях с пациентами, коллегами и иными лицами. Принцип милосердия выражается в чутком и внимательном отношении к потребностям пациента. Каждое действие медицинского, фармацевтического работника должно быть направлено на достижение благой цели. Принцип сдержанности заключается в способности медицинских, фармацевтических работников управлять своими действиями, эмоциями, соблюдении тактичности в процессе взаимодействия с пациентами, коллегами и иными лицами. Принцип конфиденциальности выражается в сохранении врачебной тайны, неразглашении информации о состоянии здоровья пациентов и иных сведений при оказании медицинской помощи. Принцип толерантности заключается в проявлении понимания и терпимости к пациенту и иным лицам, уважении их взглядов и убеждений, в том числе в отсутствии дискриминации по религиозному и (или) национальному признакам, запрете привилегий и (или) ограничений по признакам расы, политическим и другим убеждениям, полу, возрасту, этническому и социальному происхождению, по языковым и другим признакам. Принцип профессионализма включает в себя компетентность, исполнительность, дисциплинированность, стремление совершенствоваться и приобретать профессиональные навыки, а также качественное и оперативное выполнение своих должностных обязанностей. При выполнении должностных обязанностей недопустимы проявления формализма и бюрократизма, пренебрежительного отношения к пациентам, коллегам и иным лицам. Медицинским, фармацевтическим работникам следует оказывать скорую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения.

ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ, ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ С ПАЦИЕНТАМИ И ИНЫМИ ЛИЦАМИ

Медицинские, фармацевтические работники соблюдают следующие нормы взаимоотношений с пациентами и иными лицами: эффективно решают поставленные задачи, связанные с исполнением должностных обязанностей; информируют пациентов и иных лиц о методах и целях предполагаемого лечения, медицинских вмешательствах, существующих рисках, об особенностях применения лекарственных средств, изделий медицинского назначения, их возможных побочных эффектах, о возможных альтернативных методах предлагаемого лечения; информируют о неблагоприятном прогнозе при оказании медицинской помощи, где проявление взаимоотношений пациента с лечащим врачом излагается в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и деонтологии и доступной для понимания лицам, не обладающим специальными знаниями в области здравоохранения. Медицинские, фармацевтические работники не допускают: грубого, формального и нетактичного отношения к пациентам и иным лицам; разглашения врачебной тайны; недостоверной информации при консультировании пациентов, посетителей организаций здравоохранения, аптек о применении лекарственных средств и их хранении; негативного влияния личных, семейных, общественных или других обстоятельств на поведение медицинских, фармацевтических работников при осуществлении ими

должностных обязанностей.

6. Профессиональный долг и ответственность, честь и достоинство врача.

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ (греч. deon – должное, logos – учение) – учение о должном в медицине, прежде всего, о профессиональном долге, обязанностях и нормах поведения медицинских работников. Наряду с моральными нормами, регулирующими медицинскую деятельность в целом, в медицинской деонтологии фиксируются и особые нормы и стандарты, применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т.д.)

Деонтология предписывает медицинскому работнику:

- исполнять свой профессиональный долг перед пациентами и обществом – все свои знания и умения направлять на укрепление и сохранение здоровья и жизни пациентов;
- добросовестно относиться к выполнению своих профессиональных обязанностей – оказывать медицинскую помощь, уважительно и гуманно относиться к пациентам, постоянно повышать уровень своих профессиональных знаний;
- стремиться к реализации принципов и норм медицинской профессии в своей практической деятельности – не причинять вред, проявлять сострадание, быть справедливым, сохранять врачебную тайну.

Деонтология также предполагает право медицинских работников на защиту своей профессиональной чести и достоинства.

Современная медицинская деонтология определяет:

- моральные аспекты взаимоотношений врач – пациент и их специфику в педиатрии, онкологии, психиатрии, акушерстве и гинекологии и др.;
- моральные аспекты взаимоотношений между врачом и близкими пациента;
- моральные аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе (между коллегами, врачом и средним, младшим медицинским персоналом);
- моральные аспекты врачебных ошибок и ятрогении;
- права пациента и их нормативное регулирование.

Особенности долга в медицинской этике

Первостепенная роль долга в профессии врача обусловлена ценностью здоровья и жизни людей. Требования врачебной морали всегда носили явно выраженный категорически-императивный характер. Поэтому иногда всю медицинскую этику обозначают термином «медицинская деонтология», подчеркивая тем самым значение профессионального врачебного долга – теснейшего переплетения обязанностей врача по отношению к больному, коллегам и обществу в целом.

Врачебный долг заключается в выполнении врачом всех требований, связанных с его работой и достижением главной цели – успеха в лечебной деятельности и оздоровлении больного, в независимости от условий и времени оказания медицинской помощи, от состояния врача и его отношения к личности больного. Врач должен всегда оказать медицинскую помощь, индивидуально и вдумчиво подходить к каждому больному, быть внимательным и заботливым, проявлять при этом максимум творческой активности.

Исполнение врачебного долга связано с рядом этических проблем:

- врачу необходимо выяснить, в чем конкретно заключается его долг как врача и человека; в случае расхождения попытаться их совместить, руководствуясь не только моральным кодексом, но и собственной *совестью*,
- профессиональный врачебный долг категорически запрещает проведение *научно необоснованных* экспериментов на живых людях (в том числе над заключенными, безнадежно больными, умственно неполноценными) даже с их согласия;
- новые, *научно обоснованные*, но еще не допущенные к всеобщему применению методы диагностики, профилактики, лечения и лекарственные средства могут применяться врачом по отношению к больному лишь при соблюдении основных принципов биоэтики¹, их несоблюдение при апробации, испытании нового медицинского метода или средства, не связанного с излечением больного, или несущего в себе слишком большой риск, делает

эксперимент неправомерным и безнравственным;

- долг врача – приходить на помощь прежде всего тем, кто в ней нуждается в первую очередь, независимо от его социального происхождения; предпочтение собственного интереса или желание избежать беспокойства и риска – это нарушение морально-этического долга врача, независимо от причины такой поступок признается аморальным и непростителен для врача.

Высшим проявлением профессионального долга врача является соблюдение принципа гуманизма, добросовестное выполнение своих обязанностей по отношению к больному. Прямое нарушение **профессионального долга** – черствое, формальное отношение врача к больному человеку, поскольку вера больного в успех лечения, доверие его к медицинскому персоналу играют часто не меньшую роль в выздоровлении, чем применение новейших лекарств и оборудования. Академик В.М. Бехтерев подчеркивал, что если больному после разговора с врачом не становится легче, это не врач. Врач призван психотерапевтическими методами – словом ободрения, утешения, успокоения, чутким отношением – тактично и умело мобилизовать физические и душевные силы больного на борьбу с его болезнью.

Понятия чести и достоинства в биоэтике

Понятия **чести** и **достоинства** определяются в биоэтике, прежде всего, следованием общечеловеческим моральным ценностям, порядочностью, культурой и интеллигентностью врача, и уже потом – его профессионализмом и мерой заслуженного им почета и уважения.

Честь – наряду с достоинством – этические оценочные категории, которые отражают *моральную ценность* личности и представляют собой общественную и индивидуальную *оценку* нравственных качеств и поступков человека. Честь выступает необходимым условием выполнения врачом своего профессионального долга. Как моральный феномен она есть внешнее общественное признание поступков человека, его заслуг, проявляющееся в почитании, авторитете, славе. Поэтому чувство чести, внутренне присущее врачу как личности, связано со стремлением добиться высокой оценки со стороны окружающих, похвалы, известности. *Профессиональная честь* воздается врачу в соответствии с оценкой, которую получают его качества как человека и как представителя медицинской профессии, выполняющего свой долг.

Вместе с тем поддержание чести и достоинства врача во многом зависит не только от него самого, но и от условий, которые предоставляет ему государство (оснащение современным оборудованием, фармацевтическими средствами, обеспечение рабочего места, повышение квалификации, достойное материальное вознаграждение). Безнравственно, если труд врача не оценивается в обществе соответствующим образом, если врач не может выписать журналы, купить книги и т.д. Кроме экономических факторов, в под держании и защите чести врача большую роль играют факторы социальные и юридические.

Достоинство играет в биоэтике особую роль, выступая одним из ее универсальных принципов. Руководствуясь им, врач обязан уважительно относиться и к достоинству каждого пациента, независимо от его положения, личностных качеств, состояния здоровья. Святость жизни и ценность личности – главное, что лежит в основе уважения достоинства любого пациента. Совершенно недопустимо унижать достоинство пациента, ибо, унижая достоинство другого, ты унижаешь собственное человеческое достоинство.

Кроме того, в медицине следует иметь в виду сложное взаимодействие достоинства человека с болью и страданиями. Существуют две противоположные точки зрения влияния боли и страдания на человеческое достоинство. **Первая** – сильные боль и страдание лишают человека достоинства; именно поэтому иногда смерть предпочтительнее жизни в непереносимых физических или душевных мучениях. **Вторая** – как человек ведет себя перед лицом страданий, так проявляется его сущность; поэтому желание жить вопреки боли и страданию не умаляет, а упрочивает человеческое достоинство.

7. Основные модели взаимоотношений в системе «врач-пациент». Морально-психологические особенности общения врача с пациентом. Противоречие между эмоциональным состоянием пациента и рациональным поведением врача.

Философы и медики, занимающиеся вопросами медицинской этики, различают на современном этапе развития общества и медицины несколько моделей взаимоотношений врача и больного. Так, в частности, предлагается выделять *патерналистскую, инженерную, контрактную и коллегиальную* модели.

I. Название «**патерналистская**» происходит от слова патер – отец. Эта форма взаимоотношений имеет в виду некую отеческую заботу врача о больном, напоминающую отношения отца к сыну.

При данной модели пациент как бы вверяет себя врачу и тот уже решает, как его обследовать, какое ему назначить лечение, что ему рекомендовать для профилактики, причем, по возможности все рекомендации должны быть достаточно четкими, как бы безальтернативными.

Сторонники этой модели исходят из традиционного, выработанного за века врачебной деятельности положения о том, что врач лучше, чем больной, знает, что полезнее для его здоровья. Как больного обследовать, как лечить, что будет полезным, а что вредным для его здоровья – решает врач и только врач. Считается, что мнение больного, как правило, не существенно, поскольку пациент не обладает знаниями о состоянии своего организма, о болезни, о степени ее опасности, не разбирается в вопросах лечения, не может выбрать рациональный метод из многих существующих и т. д. По мнению сторонников данной модели, вмешательство пациента в такой ситуации может оказаться вредным для его же здоровья.

Оппоненты патерналистской модели – ряд ученых-медиков и философы, особенно за рубежом, считают, что в ней имеется возможность для ущемления прав человека самому свободно определять свою судьбу, интересов пациента как личности, которая самостоятельно и свободно принимает важные жизненные решения. Считается, что при патерналистской модели между врачом и пациентом возникает как бы положение начальника и подчиненного, что врач монополизирует право на принятие решений.

II. Как было сказано выше, второй современной моделью взаимоотношений врача и больного считается так называемая **инженерная** модель.

При этой форме взаимоотношения врача и больного складываются примерно так, как это происходит при исправлении машины инженером. Болезнь определяется как «поломка» механизма и врач рассматривается как инженер или механик, чинящий эту машину. Любому человеку ясно, что инженерная модель таит в себе опасность такого отношения врача к больному, когда последний будет рассматриваться не как человек, не как личность, а как предмет, который надо отремонтировать, исправить.

Такая тенденция в медицине, в среде врачей нового поколения действительно имеется. Об этом говорили уже давно многие известные отечественные врачи. Так, профессор Н. А. Вельяминов писал: «Мои наблюдения за молодыми врачами, за учащими и учащимися за современной медицинской литературой убедили меня в том, что все больше из среды врачей исчезает классический тип клинициста. Современный врач имеет работы по физиологии, общей патологии, патологической анатомии, он хороший микроскопист и экспериментатор, но он мало интересуется больным, не умеет наблюдать, не умеет клинически мыслить, делать обобщения из клинических наблюдений».

В наше время инженерная модель имеет под собой солидную научную базу. Она обязана своему появлению невиданным ранее достижениям медицины и высоких технологий в последнюю четверть XX столетия. Достижения научной медицины, действительно, очень велики. Поставлены на поток пересадки человеку чужого сердца, почек, печени, легких и других органов. Полным ходом идет разработка способов выращивания различных человеческих органов - сосудов, кожи, мочевого пузыря, различных клеток (нервных, поджелудочной железы и др.), которые смогут заменить погибшие такие же клетки организма человека. В медицинские и общественные ворота стучат пересадки органов животных больным людям. Аортокоронарное шунтирование и расширение суженных сосудов при помощи так называемого стентирования спасает жизнь сотням тысяч

обреченных ранее людей. По методу профессора Илизарова возможно удлинение конечностей почти на любую длину. В ушную раковину можно ввести электронное устройство, называемое микрочипом, которое возвращает людям потерянный слух. Микрочип, вживляемый слепому человеку в глаз, позволяет тому различать лица и крупный шрифт. Так называемый MariChip, имплантированный в любой уголок человеческого тела и не приносящий его владельцу никаких неудобств, содержит всю информацию о данном человеке – от фамилии, имени, отчества, страхового полиса, кредитной карточки до состояния его здоровья, групп крови и т.д., – тысячу сведений. Если сюда добавить ставшие обыденностью диагностические чудо томографы, пришивание отторгнутых от тела частей и т. д., можно видеть, что основы для инженерной модели взаимоотношений врача и больного сегодня достаточно весомы. В целом ряде случаев больного человека можно молча «починить» почти как машину.

Данная модель взаимоотношений врача и больного таит в себе гораздо большую опасность действия врача в собственных или корпоративных интересах, чем в интересах больного. Это и предложение с корыстными индивидуальными или корпоративными целями не очень нужных, но дорогостоящих методов обследования и дорогих лекарств; дорогих и не очень показанных оперативных вмешательств и многое другое. При инженерной модели мнение самого больного о диагнозе и лечении играет еще меньшую роль, чем при патерналистской.

III. Еще одна модель взаимоотношений врача и больного – так называемая **контрактная** (А.Кампбелл и соавт., 2004). По мысли авторов при этой модели слово пациент нужно заменить словом «клиент» так как «отношения в медицине в действительности являются формой «контракта» и действовать здесь следует как бы по контракту. «Пациенту он может помочь продумать до конца последствия избранного курса лечения, разделить ответственность за принимаемые решения о защите его здоровья, знать, чего конкретно следует ожидать от данного доктора, и предпринять соответствующие действия при несоблюдении контрактных обязательств».

Однако сами авторы считают, что контрактная модель не лишена недостатков. Во-первых, слово «клиент» также означает «человек, находящийся под покровительством старшего», то есть вновь возвращает пациента к патерналистской модели. Во-вторых, авторы справедливо отмечают, что больной человек относительно редко бывает в состоянии вести переговоры о надлежащем курсе лечения подобно тому, как он ведет переговоры о коммерческом контракте. Болезнь зачастую снижает способность больного к оценке различных альтернатив, а также объективному восприятию ситуации с учетом всех деталей.

IV. Одной из наиболее восхваляемых и рекомендуемых в наше время моделей взаимоотношений врача и пациента является модель коллегиальная (или, как ее еще называют, модель информированного согласия). По мысли авторов этой модели, предлагается строить взаимоотношения врача и больного по типу отношения коллег друг к другу, почему данную модель и называют коллегиальной. Имеется в виду, что в этом случае врач и больной выступают как равноправные личности. Считается, что врач, информируя больного о его болезни, и получая от него согласие на вмешательство, преследует цель привлечения больного к активной борьбе с болезнью. Кроме того, информированное согласие будто бы делит бремя ответственности за процедурные моменты обследования и лечения между врачом и больным. Больной в этом случае, как бы более осознанно идет на всякие процедуры, более осознанно выполняет назначения, вследствие чего повышается и качество обследования, и качество лечения.

Модель информированного согласия требует от врача, чтобы все вопросы обследования и лечения решались лишь на основе представления больному детальной информации об этих методах, и его согласия на их проведение. Здесь будто бы могут быть соблюдены такие фундаментальные ценности, как честность и справедливость, создана обстановка сотрудничества врача и пациента, пациент может принимать обдуманное решение о своем обследовании и лечении. Информирование больного должно ставить целью

участие пациента в выборе, обеспечение его интересов, а не интересов врача.

При всем разнообразии подходов **сотрудничество врача и пациента состоит из четырех главных компонентов**: поддержки, понимания, уважения, сочувствия.

Поддержка – это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и пациента. Поддержка означает, что врач стремится быть полезным пациенту. Обычно это само собой разумеется, и не требует никаких доказательств; однако бывают случаи, когда пациент отнюдь не уверен, что врач отстаивает его интересы.

Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение пациента. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья пациента. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом пациенте. Их использование станет возможным, если пациент осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли пациента в лечебном процессе.

Это справедливо и в случае хирургического вмешательства, когда врач как будто полностью контролирует ситуацию. Добровольное ограничение приема наркотических анальгетиков, активное передвижение, несмотря на боль, энергичное участие в лечении – все это требует от пациента четкой установки на выздоровление. Эффективность плацебо, способствующего «самоизлечению», зависит от желания пациента выздороветь и, в конечном итоге, – от его уверенности в успехе. Согласие пациента на активное участие в лечебном процессе обычно предвещает благоприятный исход.

Когда врач проявляет понимание, пациент уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас понимаю» – или выражает то же самое невербальными средствами: взглядом, кивком головы. Тон и интонация способны демонстрировать как внимание и понимание, так и отстраненность и отсутствие интереса. Реплики врача типа «Пожалуйста, продолжайте», «Расскажите подробнее» или простое повторение услышанного создают у пациента ощущение, что его слушают и хотят помочь. Вместе с тем, нужно уметь распознать случаи, когда убедить пациента в своем понимании не удастся, и разбираться в причинах этого. На существование некоего барьера указывает противоречивость сообщаемых пациентом сведений или несоответствие между его словами и невербальными сигналами. Бывает и общее ощущение неловкости ситуации или сопротивление со стороны пациента. Например, он может отказаться отвечать на вопросы, заявив, что «устал от людей, сующих нос в его личную жизнь».

Невыполнение врачебных рекомендаций (и вследствие этого – неуспех лечения) может быть единственным признаком того, что пациент не уверен в том, что в его случае разобрались. Когда отношения врача и пациента заходят в тупик, можно произнести примерно следующее: «Кажется, мои советы Вас не совсем устраивают. Хотелось бы понять, в чем тут дело», демонстрируя этим свое доверительное отношение к пациенту и готовность понять его проблему.

Уважение подразумевает признание ценности пациента как индивида и важности его забот. Речь идет не только о согласии выслушать человека – главное показать, что его слова произвели на вас впечатление: необходимо признать значительность происходящих с ним событий. Улучшению взаимопонимания способствует такая, например, фраза: «Конечно, Вам приходится много терпеть; Вы слишком долго болеете, и Ваше огорчение очень естественно и понятно».

Чтобы продемонстрировать уважение, нужно ознакомиться с обстоятельствами жизни пациента настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уже само время, потраченное на выяснение личных обстоятельств пациента, свидетельствует об уважении врача. Часто все, что требуется, – активно проявить заинтересованность. Важны простейшие вещи, типа быстрого запоминания имени и фамилии пациента. Невербальное общение способно как укрепить доверие к врачу, так и разрушить его. Так, если смотреть пациенту в глаза, сидя рядом с ним, он почувствует, что его уважают.

Если же без конца прерывать пациента или вести в его присутствии посторонний разговор, он «замкнется в себе» и доверительные отношения с пациентом не сложатся.

Уместно бывает похвалить пациента за терпение, за аккуратное соблюдение предписаний врача. Если он представил свои старые рентгенограммы, следует показать, насколько полезной оказалась эта информация, – в результате возникнет положительная обратная связь.

Одна из самых опасных и деструктивных привычек врача – склонность к унижительным для своих пациентов замечаниям. Пациент, случайно услышавший, как врач вышучивает его в кругу коллег, вряд ли забудет и простит. Правильно или неправильно он истолкует услышанное, неосторожные замечания врача могут навсегда испортить доверительный контакт с пациентом.

Сочувствие – ключ к установлению сотрудничества между врачом и пациентом. Нужно уметь поставить себя на место пациента, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить, высказав сугубо личную оценку ощущений и эмоций пациента: «Вам пришлось нелегко, было от чего обозлиться» или «Похоже, все от Вас отвернулось, представляю себе, в каком Вы были отчаянии». Сочувствуя, мы испытываем те же чувства, что и партнер. Сочувствие начинается с самого факта нашего присутствия, часто молчаливого, с ожидания, когда пациент заговорит. Если приходится прервать беседу, нужно уверить пациента, что вы тотчас вернетесь и дослушаете его. Врач должен терпеливо выслушать пациента, даже когда тот повторяется, дать ему возможность обсудить причины и возможные последствия болезни, свою будущую жизнь. Сочувствие можно выразить просто, положив ему руку на плечо, контактируя с ним не только физически, но и эмоционально.

Модели в зависимости от состояния больного человека

– <u>острый период заболевания</u>	Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношения врач-пациент. Основная задача врача – вылечить пациента и как можно быстрее вернуть к прежнему образу жизни (инженерная)
– <u>хронически больные пациенты</u>	Их образ жизни заставляет быть компетентными и создавать группы взаимопомощи. Основная задача врача – реализовать принцип равноправия и взаимопонимания в процессе лечения (коллегиальная)
– <u>инвалиды</u>	Могут быть компетентными и некомпетентными относительно своего заболевания. Задача врача – приспособить пациента к условиям инвалидности, но не оставить прикованным только к своей койке или комнате. (патерналистская, коллегиальная)
– <u>умирающие</u>	Задача врача – обеспечить обезболивание, уход, нравственную поддержку и достойное умирание (патерналистская)

8. Моральный климат медицинского коллектива: проблемы корпоративности, демократичности и субординации. Партнерство, личная ответственность, забота о профессиональном авторитете врача. Профессиональная солидарность и наставничество в медицине. Коллегиальность, врачебный консилиум.

Для успешной профессиональной деятельности врачу крайне важно установить нормальные рабочие отношения не только с коллегами у себя на работе, но и с другими представителями своей и смежных профессий. Эффективность его работы обуславливается той помощью, которую ему оказывают его коллеги. Поэтому положение требует, чтобы между коллегами установились дружеские доверительные отношения, чтобы коллеги понимали друг друга, доверяли друг другу, надеялись друг на друга.

Для установления доверительных отношений с коллегами врач должен прежде всего научиться слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги по любому вопросу.

Врач не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам, даже в тех случаях, когда он убежден в своем профессиональном превосходстве.

Врач должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег и не скрывать этого.

Коллектив современного лечебного учреждения должен составлять единый организм,

выполняющий одну задачу – заботу о жизни и здоровье больных.

Врачи обязаны обмениваться профессиональной информацией, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу.

Врач должен поддерживать хорошие доброжелательные отношения с коллегами из других медицинских учреждений и стран.

Однако следует помнить, что эффективность разносторонней деятельности врача достигается не только за счет его профессиональных качеств, но и за счет умелого профессионального взаимодействия со средним и младшим медперсоналом:

1. С медперсоналом должны складываться деловые доброжелательные отношения.
2. Доброжелательность и взаимное доверие не должны опускаться до панибратства, врач не должен перекладывать свои обязанности на медперсонал.
3. Профессионализм отношений между врачом и медперсоналом базируется на высокой требовательности врача к самому себе и, соответственно, к медперсоналу.
4. Врач не имеет права унижать медперсонал, особенно в присутствии больных или родственников.
5. Врач должен передавать свои знания и опыт работающему с ним медперсоналу, служить ему примером во всем.
6. Врач никогда не должен пользоваться услугами медперсонала в решении своих проблем, не имеющих отношения к работе.

Основой **профессиональной солидарности и наставничества** в медицине является *профессиональная этика* – термин, используемый для обозначения: системы профессиональных моральных норм; направления этических исследований относительно оснований профессиональной деятельности.

Профессиональная этика представляет собой систему моральных принципов, норм и правил поведения специалиста с учетом особенностей его профессиональной деятельности и конкретной ситуации. Профессиональная этика должна быть неотъемлемой составной частью подготовки каждого специалиста.

Содержание любой профессиональной этики складывается из общего и частного. Общие принципы профессиональной этики, базирующиеся на общечеловеческих нормах морали, предполагают:

- а) профессиональную солидарность (иногда перерождающуюся в корпоративность);
- б) особое понимание долга и чести;
- в) особую форму ответственности, обусловленную предметом и родом деятельности.

Частные принципы вытекают из конкретных условий, содержания и специфики той или иной профессии и выражаются, в основном, в моральных кодексах – требованиях по отношению к специалистам.

Профессия – определенный вид трудовой деятельности, требующий необходимых знаний и навыков, приобретаемых в результате обучения и длительной трудовой практики.

Профессиональные моральные нормы – это руководящие начала, правила, образцы, эталоны, порядок внутренней саморегуляции личности на основе этико-гуманистических идеалов. Появление профессиональной этики во времени предшествовало созданию научных этических теорий о ней. Повседневный опыт, необходимость в регулировании взаимоотношений людей той или иной профессии приводили к осознанию и оформлению определенных требований профессиональной этики. Активную роль в становлении и усвоении норм профессиональной этики играет общественное мнение.

Основными видами профессиональной этики являются: врачебная этика, педагогическая этика, этика ученого, этика права, предпринимателя (бизнесмена), инженера и т. д. Каждый вид профессиональной этики определяется своеобразием профессиональной деятельности, имеет свои специфические аспекты в реализации норм и принципов морали и в совокупности составляет профессиональный кодекс морали.

Наставничество – молодая, но хорошо зарекомендовавшая себя форма работы, эффективно поднимающая деонтологический уровень молодых медицинских работников.

Авторитет старшего товарища, помноженный на многолетний опыт работы с больными, удачно усиливает и корректирует воспитательную работу. Повседневная практическая деятельность характеризуется деонтологической тактикой медработника.

Медицинский этикет требует корректности в отношениях между всеми членами коллектива, невзирая на чины и звания. Почтительное обращение к коллегам, так же как и белый цвет медицинского халата, подчеркивает чистоту и высокий смысл профессии. Особенно строго этого принципа следует придерживаться, если общение происходит в присутствии пациента. Панибратство, пренебрежение со стороны начальства и заискивание подчиненных вредят авторитету медиков. Крайне неэтичной считается ситуация, когда врач ставит под сомнение в глазах пациента профессионализм коллеги.

Еще один из важнейших элементов этики – *наставничество*, передача опыта и знаний начинающим врачам. У каждого хорошего доктора, ученого, в начале пути был свой Учитель, огромное уважение и признательность которому сохраняется на всю жизнь. В медицине, как в никакой другой профессии, принято оказывать знаки уважения заслуженным врачам, профессорам, академикам. За плечами этих людей главное достояние медика – опыт, которого не заменят никакие способности и образование.

Если факты доказывают врачебную ошибку (например, неправильно интерпретированы результаты обследования, поставлен неверный диагноз, лечение проведено неправильно), врач должен думать прежде всего, как оказать пациенту помощь, а не обвинять во всем своего предшественника. Однако корпоративная солидарность не означает, что на ошибки нужно закрывать глаза. Прежде всего, необходимо обсудить ситуацию с коллегой – очно и наедине.

Критика должна быть обоснованной, корректной и по существу дела, не переходящей на личные качества сослуживца. В сложных случаях, когда нельзя сразу однозначно установить, допущена ли ошибка и как действовать дальше, можно совместно обратиться к более опытному коллеге или к консилиуму из нескольких врачей.

Консилиум – это подлинно этическая традиция клинической медицины, благодаря которой не только предупреждаются возможные ошибки при принятии ответственных решений отдельным врачом, но и используются потенциальные возможности, имеющиеся в науке как «коллективном интеллекте». Консилиум врачей можно представить и как высшую социальную целесообразность: на одной чаше весов жизнь и здоровье человека, на другой — во всей необходимой полноте возможности медицинской науки.

9. Конфликты в медицинском коллективе. Отрицательные и положительные последствия конфликтов, пути разрешения.

Процесс оказания медицинской помощи включает различные виды взаимоотношений в триаде «медицинский сотрудник-пациент-общество» (информационные, экономические, правовые, этические и др.), а также различные типы социальных взаимодействий – конкуренция, кооперация, конфликт с учетом набора функций каждого из них.

Субъектами медицинской практики, участвующими в конфликтных ситуациях или являющимися оппонентами в возникающих конфликтах следует считать медицинских работников, пациентов, медицинские коллективы в целом, группы поддержки, принимающие сторону пациента и других участников, входящих в сферу медицинской деятельности.

Уровень конфликтогенности взаимоотношений врача и пациента зависит от

- а) материально-технической базы лечебного учреждения,
- б) квалификации медицинского персонала,
- в) качества и стоимости оказываемых услуг,
- г) оценки пациентом объективных и субъективных составляющих медицинской помощи.

Профессиональная среда медицинских работников не только не исключает конфликтности, но и напротив, предполагает феномен функционально-позитивного конфликта в своей структуре, и в определенной мере даже опирается на него.

Сторонами конфликта в медицине являются:

- а) в межличностных: медицинский сотрудник – пациент; медик – медик; сотрудник – администратор;
- б) в межгрупповых: администрация ЛПУ – пациент, персонал – родственники пациента, администрация ЛПУ (юридическое лицо) – пациент (истец в суде).

Предметом конфликта в медицине выступают:

- а) объективные причины (не зависящие от врача);
- б) субъективные причины (зависящие от врача)

Наиболее распространенные способы разрешения конфликтов в медицинской практике: а) досудебный: разрешение конфликта на первичном уровне врач – пациент, заведующего отделением, администрации ЛПУ, этическим комитетом; б) судебный: органами государственной юрисдикции; органами негосударственной юрисдикции--специализированными третейскими судами. Способы разрешения конфликтов приводят к соответствующим типичным результатам разрешения конфликта:

- а) разрешение конфликта на досудебном уровне;
- б) исполнение решения суда.

Выявлено, что конфликтное поведение среди пациентов присуще лицам предпенсионного или пенсионного возраста, обладающим невысоким уровнем образования, неустроенной личной жизнью, имеющим мало комфортные бытовые условия. Среди них значительна доля тех, кто, несмотря на неудовлетворительное состояние здоровья, вынуждены работать иногда даже сверх обычной нормы нагрузки, установленной по специальности или возрасту. Субъектами конфликтов в медицинской практике чаще становятся граждане с низким уровнем доходов, ограничивающим их возможности в получении оплачиваемых (или частично оплачиваемых) видов медицинской помощи и лечении качественными (а значит эффективными) лекарственными средствами.

Социально-экономические характеристики медицинских работников и их партнеров по конфликтному взаимодействию - пациентов практически аналогичны. Различия выявлены в том, что в конфликт часто вступают врачи, имеющие высокую профессиональную квалификацию. Несмотря на осознанный выбор специальности и значительный опыт работы с людьми, низкая заработная плата, соответствующая лишь уровню прожиточного минимума, является одним из основных факторов, определяющим социопсихологический дискомфорт медицинского персонала и влияющим на характер взаимоотношений в момент оказания помощи

Ятрогении. Причины и классификация врачебных ошибок.

Одной из этических норм врачебной деятельности является признание врачом своих профессиональных ошибок и заблуждений (они присутствуют в деятельности любого врача) и непримиримое отношение к ним.

Под ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКОЙ принято понимать добросовестное заблуждение врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике. Не являются врачебными ошибками действия врача, вызванные небрежностью, халатностью, невежеством.

К основным причинам врачебных ошибок следует отнести:

□ объективные причины: несовершенство медицинской науки и практики; относительность медицинских знаний; вероятность нетипичного течения болезни у конкретного пациента, вызванная особенностями его организма; недостаточная оснащенность медицинских учреждений диагностической техникой, лекарственными средствами и др.

□ субъективные причины: врачебное незнание, обусловленное недостаточной квалификацией, отсутствием опыта и спецификой мышления врача, т.е. его индивидуальными способностями к накоплению, пониманию, использованию медицинских знаний; неполноценный осмотр и обследование больного; отказ от совета коллеги или консилиума либо, напротив, желание врача прикрыться авторитетом консультантов и др.

Классификация врачебных ошибок может быть проведена по различным основаниям. В зависимости от того, в какой сфере или на каком этапе оказания медицинской помощи они были допущены, можно выделить: диагностические, лечебно-тактические, технические, организационные, деонтологические ошибки.

Профилактике врачебных ошибок способствует постоянное стремление врача к повышению уровня своей профессиональной компетентности, внимательное и чуткое отношение к больному, моральная рефлексия над сложными ситуациями, возникающими в медицинской практике.

Наряду с понятием «врачебная ошибка» для анализа вреда, который врач может причинить пациенту, и его причин используется понятие «ятрогения» (от греч. *iatros* – врач и *gennaō* – создавать, производить). Возникновение термина «ятрогения» связывают с именем немецкого психиатра О.Бумке, который обозначил им заболевания, обусловленные влиянием врача на психику больного.

В настоящее время под **ЯТРОГЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ** понимают все заболевания и патологические процессы, возникающие под влиянием медицинских воздействий, проведенных с профилактическими, диагностическими или лечебными целями. Ятрогенные заболевания могут быть вызваны как ошибочными и необоснованными, так и правильными действиями медицинского работника.

В зависимости от причин, выделяют следующие разновидности ятрогении: психогенные, лекарственные, травматические, инфекционные и др.

Несмотря на разногласия, которые существуют по проблеме ятрогении в медицинском сообществе (определение, классификация, соотношение с понятием «врачебная ошибка»), профессиональный долг врача заключается в том, чтобы принимать всевозможные меры к сокращению ятрогений путем повышения своего профессионального уровня и соблюдения основных принципов и норм медицинской этики.

Сложность медицинской профессии заключается и в том, что она требует от врача активных действий по предотвращению вреда здоровью пациента и сохранению его жизни, которые, как правило, связаны с врачебным риском. В экстремальных лечебных ситуациях врач должен принимать решение на основе оценки степени риска и пользы для пациента, что часто сопровождается моральными раздумьями и переживаниями. При этом этические нормы предполагают стремление врача к минимизации риска за счет адекватной оценки своих возможностей и способностей и тщательного анализа методов лечебного и диагностического воздействия.

5. ХОД ЗАНЯТИЯ.

1. Преподаватель отвечает на вопросы студентов, возникшие в процессе самостоятельной работы с учебным материалом.

2. Обсуждение основных вопросов по теме занятия.

3. Студенты делают тесты и решают ситуационные задачи по теме занятия.

6. ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ.

1. Понятие «этика», «мораль», «нравственность». Их источники и определения.

2. Охарактеризуйте отличие понятия «этика» и «биомедицинская этика».

3. Основные принципы биомедицинской этики

4. Врачебная тайна. Ее морально-этические основы и возможные ограничения.

7. ЛИТЕРАТУРА.

1. Шапов, И. А. Биомедицинская этика [Электронный ресурс] : учебник для студентов мед. вузов / И. А. Шапов. – 2-е изд. – Москва : ИНФРА-М, 2018. – 288 с. : фот.авт. – (Высшее образование). – Рек. УМО вузов России по мед. и фармацевт. Образованию – Режим доступа: <https://znanium.com/catalog/document?id=346307>. – Дата доступа: 29.08.2022.

2. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие / А. Т. Щастный [и др.] – Витебск, 2018. – 310 с. – Режим доступа: https://www.elib.vsmu.by/bitstream/123/17827/1/Biomeditsinskaia_etika_i_kommunikatsii_v_zdravookhranении_Shchastnyj-AT_2018.pdf. – Дата доступа: 29.08.2022.

3. Терминология по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] / Респ. научно-практический центр мед. технол., информатизации, управления и экономики здравоохранения ; редкол.: Е. Л. Богдан [и др.]. – Минск, 2017. – 119 с. – Режим доступа: <https://e-catalog.nlb.by/Record/BY-NLB-br0001459558/Details#holdings>. – Дата доступа: 29.08.2022.

4. Хрусталева, Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья [Электронный ресурс] : учебник / Ю. М. Хрусталева. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 400 с. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433287.html>. – Дата доступа: 29.08.2022.

5. Орлова, И. И. Сборник тестовых заданий по курсу «Биомедицинская этика» [Электронный ресурс] : учеб.-метод. пособие для студентов 2 курса лечеб. и мед.-диагност. фак. мед. вузов / И. И. Орлова ; УО "ГомГМУ", каф. социально-гуманитарных дисциплин. – Гомель : ГомГМУ, 2016. – 54 с. – Режим доступа: <https://elib.gsmu.by/handle/GomSMU/3176>. – Дата доступа: 29.08.2022.

6. Конституция Республики Беларусь 1994 года [Электронный ресурс] : с изм. и доп., принятыми на респ. референдумах 17 окт. 2004 г. и 27 февраля 2022 г. – Минск : Амалфея, 2006. – 48 с. – Режим доступа: <https://pravo.by/pravovaya-informatsiya/normativnye-dokumenty/konstitutsiya-respubliki-belarus>. – Дата доступа: 29.08.2022.

7. О здравоохранении [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435–XII : в ред. Закона Респ. Беларусь от 11.12.2020 № 94-З : с изм. и доп. // Нац. правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 29.08.2022.

8. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 7 янв. 2012 г. № 340-З : с изм. и доп. от 30 июня 2016 г. № 387-З. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8\(020-153\).pdf#page=1](http://www.pravo.by/pdf/2012-8/2012-8(020-153).pdf#page=1). – Дата доступа: 29.08.2022.

9. О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 18 июля 2002 г., № 963 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 84. – Режим доступа: <http://pravo.levonevsky.org/bazaby/org507/sbor8/text7679.htm>. – Дата доступа: 29.08.2022.