

## ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧ – БОЛЬНОЙ. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Полякова Р. В., Маршалок О. И.

*ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Омск, Россия (644043, Омск, ул. Ленина, 12)*

**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. Медицинская этика в отличие от права формировалась и существовала как свод неписаных правил. Понятия о врачебной этике складывались с древних времен. Характер взаимоотношений медицинского персонала и пациентов, уход за больными все больше приобретают значение мощных терапевтических и профилактических факторов. Принципы, правила этики и деонтологии в работе медика должны стать предметом постоянного внимания.**

Ключевые слова: этика, взаимоотношение врач – больной.

## THE DOCTOR – PATIENT. ETHICAL PROBLEMS

Polyakova R. V., Marshalok O. I.

*Omsk State Medical Academy, Omsk, Russia (644043, Omsk, street Lenin.,12)*

**Medical ethics – a part of general and one of the types of professional ethics. It is a science of the moral principles in the activities of physicians. The subject of its research is the psycho-emotional side of the doctors' activity. Medical ethics unlike the law was being to form and existed as a set of unwritten rules. The concepts of medical ethics evolved from ancient times. The relationship of medical staff and patients, patient care are increasingly becoming important powerful therapeutic and preventive factors. The principles, rules of ethics and deontology in medical work should become a subject of constant attention.**

Key words: ethics, doctor – patient relationship.

Основой взаимоотношений является слово, что было известно еще в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», – считали древние целители. 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 и т.д. Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т.д. 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 равнодушие, пассивность, вялость. Больной должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом. Медик должен владеть культурой речи. Чтобы хорошо говорить, надо прежде всего правильно думать. Врач или медсестра, которые «спотыкаются»

на каждом слове, употребляют жаргонные слова и выражения, вызывают недоверие и неприязнь. Медицинский работник должен уметь: рассказать больному о болезни и ее лечении; успокоить и ободрить больного, даже находящегося в самом тяжелом положении; использовать слово как важный фактор психотерапии; употреблять слово так, чтобы оно явилось свидетельством общей и медицинской культуры; убедить больного в необходимости того или иного лечения; терпеливо молчать, когда этого требуют интересы больного; не лишать больного надежды на выздоровление; владеть собой во всех ситуациях. В общении с больным не следует забывать о следующих коммуникативных приемах: всегда внимательно выслушивать пациента; задав вопрос, обязательно дождаться ответа; излагать свои мысли просто, ясно, доходчиво, не злоупотреблять научными терминами; уважать собеседника, не допускать презрительных мимики и жестов; не перебивать пациента; поощрять стремление задавать вопросы, отвечая на них, демонстрировать заинтересованность в мнении пациента; сохранять хладнокровие, быть терпеливым и терпимым. Строгое соблюдение высоких требований врачебной этики становится особенно важным в наше время, когда в медицину бурно вторгаются новшества, рожденные научно-технической революцией. Многие из них представляют собой бесспорные достижения в диагностике и лечении, однако внедрение этих новшеств сопровождается и негативными явлениями. Многообразная аппаратура и многочисленные анализы стали непереносимыми посредниками между врачом и пациентом, отдалили их друг от друга. Сегодня совершенно очевиден натиск хронических незаразных болезней, пришедших на смену эпидемическим и составляющим ныне в экономически развитых странах основную долю в структуре смертности и заболеваемости населения. Причиной более  $\frac{3}{4}$  всех случаев смертности являются всего лишь несколько заболеваний (сердечно-сосудистые, злокачественные опухоли). При столь существенно изменившейся картине патологии требуется не только поиск общих причин и механизмов заболеваний, которые все чаще объясняются первостепенной ролью экзогенных, в том числе социально опосредованных воздействий, но и поиск общетерапевтических факторов. Не случайно сегодня все большее внимание уделяется приемам неспецифического влияния на организм больного, общетерапевтическим средствам, особенно психотерапевтическим. Врачебная этика пронизана духом высокого гуманизма, но она имеет и классовый аспект, определяемый конкретной исторической обстановкой, социально-экономическими и политическими процессами, интересами социальных слоев и классов. Поэтому правомочно говорить об этике медика социалистического общества и буржуазной врачебной этике. Последняя отражает корыстные интересы медицинского бизнеса, хотя и среди врачей капиталистических стран немало преданных своей профессии работников, самоотверженно выполняющих профессиональный долг. Но и ими управляют законы капиталистического

мира, которые, в сущности, несовместимы с высокими гуманными требованиями этики и деонтологии.

Этические проблемы можно разделить на два вида:

- морально-этические;
- профессионально-этические.

**Морально-этическая сфера** врача зависит от его (ее) морального облика, формирующегося на основе воспитания в семье и школе.

**Профессионально-этическая сфера** врача, так или иначе, связана с профессиональной деятельностью. Рассмотрим классификацию профессионально-этических проблем по П. А. Леусу (1997):

- Индивидуальная – Врач в себе.

Врач знает о допущенной им диагностической ошибке, но пациент и коллеги о ней не знают.

- Врачебная – Врач – пациент.

Допущена ошибка при диагностике пульпита, в результате чего возникло осложнение, что стало известно больному от другого врача.

- Коллегиальная – Врач – врач.

Врач не согласен с материалами разбора случая его диагностической ошибки, представленными на врачебную конференцию его коллегой.

- Бригадная – Врач – младший персонал.

Несмотря на неоднократные замечания врача, медсестра нарушает режим стерилизационной обработки инструментария.

- Общественная – Врач – население.

Население информировано о том, что врач не использует современные методы лечения.

- Административная – Врач – администрация.

Руководствуясь интересами пациентов, администрация ставит дежурство в выходной день врачу, имеющему маленького ребенка.

- Коллективная – Врач – коллектив.

Врач не согласен с решением коллектива об отказе, о выдаче ему рекомендации для получения высшей категории.

- Социальная – Врачебное общество – население.

Население не поддерживает рекомендации врачебного общества фторировать питьевую воду с целью профилактики кариеса.

**Ответственность** за свои действия, работу и качество ее выполнения в деятельности врача приобретает особый смысл. Это связано с тем, что ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного соприкосновения с самым важным и сокровенным для любого

человека – жизнью и смертью. Врачу вверяется самое драгоценное – жизнь и здоровье людей. Он несет ответственность не только перед отдельным больным, его родными, но и перед обществом в целом. Поэтому врач не имеет права быть безответственным.

Другим качеством, которое должен совершенствовать в себе будущий врач, является *наблюдательность*. К сожалению, нередко имеют место такие ситуации, когда врач, вызвав очередного больного и даже не взглянув на него, погружается в изучение всякого рода лабораторных данных, рентгенологических снимков, заключений специалистов. Затем приглашает пациента и, совершенно не обращая внимания на самого больного, выражение его лица, манеру держаться, говорить и реагировать на ситуацию, предлагает открыть ему рот. Врач обязан входить в непосредственный контакт с больным, научиться пытливым взором смотреть на него, замечать и выявлять такие изменения в его состоянии, которые подчас недоступны самым утонченным и совершенным методам объективного исследования. При этом важно широко использовать все достижения медицинской науки и техники для максимально точной постановки диагноза, коррекции лечебно-профилактических мероприятий, оценки их эффективности, но относясь к ним, как к вспомогательным и не в коем случае не подменяющим самого общения с пациентом.

В чем же кроются причины низкой компетентности современных врачей в вопросах правильного установления диалога врач – больной? Среди них можно отметить отвлеченность от практики предмета медицинской этики и деонтологии или традиционное для прежних лет пренебрежение к личности, кастовость мира врачей и т. д.

Любой человек, который когда-нибудь имел несчастье быть в роли больного или являлся родственником пациента, может пылко и красочно рассказывать о своих злоключениях и неприятных контактах с медперсоналом. При этом следует подчеркнуть, что больные в большинстве случаев находят неудовлетворительными их взаимоотношения с врачами. Часто доктора представляются им людьми, с которыми трудно общаться: они недружелюбны, не соответствуют представлениям пациента и не способны создать доверительные отношения с ним.

Одним из отличительных моментов современной медицинской этики является тот факт, что все большее и большее число больных хочет участвовать в процессе принятия решений, касающихся их жизни и здоровья: в частности, в выборе тактики лечения. Подобная тенденция является следствием возрастающего образования и внимания к своему здоровью среди населения.

Согласно О. М. Лесняку (2003), существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента (см. табл.).

**Активно-пассивная** основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений.

**Покровительственная.** Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима.

**Информативная.** Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает.

**Интерпретивная.** Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам.

**Совещательная (договорная).** Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение.

Первые две модели взаимоотношений врача и пациента наиболее часто используются в течение длительного периода времени. Как и другие модели, они предполагают практическое применение врачом всех своих умений для того, чтобы поставить диагноз и определить стадию заболевания, а затем идентифицировать дальнейшую тактику с целью облегчения страдания или восстановления здоровья. Обе указанные модели до сих пор преобладают в общении медицинского персонала в большинстве медицинских учреждений СНГ и некоторых стран Европейского Союза. Однако единственно возможное безопасное применение таких моделей общения может иметь место лишь в случае необходимости неотложных вмешательств (срочная операция или бессознательное состояние больного).

*Информативная модель* никогда не использовалась в нашей практике и, вероятно, никогда не будет применена. Она представляет собой вариант отношения к врачу как к обслуживающему персоналу. Врач является продавцом услуг, а пациент – покупателем. При этом право выбора сохраняется полностью за покупателем.

*Интерпретивная модель* мало отличается от информативной. Она основана на том, что общение врача с больным – это не простой обмен информацией, а помощь со стороны врача в принятии решения. Однако, как и при информативной модели, решение о выборе тактики лечения остается только за самим пациентом. В этом случае совершенно необоснованно предполагается, что больной сам очень хорошо знает, что ему необходимо.

Самая разумная модель – *совещательная*, которая предполагает равенство всех сторон, в том числе одинаковую ответственность. Она основана на том, что обычный взрослый человек в состоянии синтезировать информацию и выделить для себя приоритеты, а врач обладает достаточными коммуникационными навыками для того, чтобы помочь пациенту в этом. Данная модель также предполагает, что врач в состоянии видеть разницу между предпочтениями самого пациента и теми рекомендациями, которые должен дать

профессионал. Подобный вариант общения способствует пониманию больным таких важных для него факторов, как профилактика, здоровый образ жизни, правильное лечение.

В условиях значительного повышения общего и санитарно-гигиенического уровня культуры населения пациент не только глубже и грамотнее ориентируется во многих общих медицинских вопросах. В связи с этим он более критично оценивает мнения, высказывания и советы врачей, их внутреннюю и внешнюю культуру. Закономерно, что больной хочет лечиться у врача, который для него кажется личностью большего масштаба, чем он сам. Все указанное требует систематического повышения профессионального, общекультурного и нравственно-этического уровня врачей, в том числе стоматологов. Наряду с повышением этико-деонтологической культуры медицинских работников необходимо совершенствовать и нравственное воспитание населения. В этих условиях повышается роль врачей всех специальностей в мотивации здорового образа жизни. Соблюдение в труде и быту гигиенических норм, формирование разумных потребностей, создание в трудовых коллективах хорошего морально-психологического климата, развитие массового физкультурного движения — все это является неотъемлемым содержанием здорового образа жизни. К социальной профессионально-этической сфере деятельности врача-стоматолога следует отнести и разработку научных методов управления образом жизни с учетом его целостного аспекта.

В связи с этим при мотивации здорового образа жизни необходимо учитывать не только общественные, социологические и нравственно-психологические закономерности, но и специфику проявления их у индивидуумов в зависимости от возраста, пола, формы заболевания, психических и социальных свойств личности. На сегодняшний день мировое сообщество находится на сложной исторической стадии развития. Далеко шагнувший научно-технический прогресс наряду с созданием современных способов и методов диагностики, новых фармакологических препаратов и т. д. создал грозное оружие сильнейшей разрушительной силы, угрожающее жизни и здоровью людей. Право каждого человека на здоровье следует понимать так, что никто не может быть лишен своего здоровья каким-либо действием со стороны других людей, включая медицинских работников. Право человека на здоровье в большинстве стран мира защищено соответствующими законами и документами. Несомненно, что по мере дальнейшего продвижения технического прогресса в медицине будут возникать новые этические и правовые проблемы, затрагивающие интересы больных, медицинских работников и общества. Однако следует помнить, что каждый раз врач, решая подобную проблему, независимо от того, какими этическими установками владеет общество, в котором он выполняет свою миссию, вне зависимости от общественно-экономической формации, должен руководствоваться принципом «не вреди».

## Список литературы

1. Гуманитарная сфера и права человека: сборник документов: книга для учителя / сост. В. А. Корнилов и др. – М.: Просвещение, 1992. – 159 с.
2. Громов А. П. Врачебная деонтология и ответственность медицинских работников. – М., 1969.
3. Карьера в медицине / вед. ред. А. Элиович, отв. ред. М. Широкова. – М.: Аванта+, 2003. – 320 с.
4. Искусство общения с больными / Магазаник Н. А. – М.: Медицина, 1991.
5. Врачебная деонтология / Макшанов И. Я. – Минск, 1998.

### Рецензенты:

Сулимов Анатолий Филиппович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и ЧЛХ ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, г. Омск.

Ломиашвили Лариса Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, г. Омск.