

организовывать, адекватно оценивать свою деятельность и, соответственно, быть успешным в процессе учебы и своей будущей профессиональной деятельности.

### Литература

1. В.Н. Мещанинов, Л.А. Каминская, И.В. Гаврилов. Анкетирование студентов I курса для оценки успешности обучения биоорганической химии / Современные педагогические технологии оценивания учебных достижений в медицинском вузе: Материалы региональной научно-познавательной конференции, Екатеринбург, 2010.
2. С.С. Григорьев, Ю.В. Мандра, Н.М. Жегалина. Особенности реализации образовательной технологии формирования компетенции у студентов стоматологического факультета на кафедре пропедевтики и физиотерапии стоматологических заболеваний / Современные педагогические технологии оценивания учебных достижений в медицинском вузе: Материалы региональной научно-познавательной конференции, Екатеринбург, 2010, с. 51-53.
3. С.Д. Смирнов. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности: Учеб. пособие для слушателей факультетов и институтов повышения квалификации преподавателей вузов и аспирантов. М.: Аспект Пресс, 1995. 271 с.

**Н.В. Ножкина, В.А. Киселев, Е.В. Лещева**

### ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ - ПАЦИЕНТ»

Уральская государственная медицинская академия

Отношения «врач-пациент» выступают исторически и актуально основополагающими в медицине и здравоохранении, поскольку в них взаимосвязаны и пересекаются различные правовые, этические, организационные, технические, политические, экономические

аспекты. Такие структуры как управление здравоохранением, медицинское и фармацевтическое образование и наука, медицинская и фармацевтическая промышленность, в конечном счете, призваны обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь человеку. В свою очередь, проблемы повышения качества и эффективности медицинской помощи, соблюдения прав пациентов и профессиональных обязанностей медицинских работников рассматриваются в непосредственной связи с этико-деонтологическими аспектами медицинской деятельности, которые регламентируются двумя формами социального регулирования - моралью и правом. Моральное регулирование осуществляется на уровне индивидуального нравственного сознания и общественного мнения, а правовое регулирование реализуется через законы, правовые акты, судебные решения.

В истории культуры одни авторы за этикой признавали задачу формирования высоко-нравственного человека, соответствующего определенному идеалу. Другие утверждали, что критерием может служить понимание человека как самоценного существа. Такой критерий выступает в известном «золотом правиле» нравственности – «относись к другому человеку так, как ты хотел бы, чтобы относились к тебе». В самом деле, принципы биомедицинской этики - уважение моральной автономии, конфиденциальность, информированное согласие, справедливость, «не навреди», добродетель - приобретают высший смысл, если исходят из понимания человека (пациента, донора, реципиента, клиента) как самоценного существа.

С теоретической стороны эти аспекты могут рассматриваться как проблема соотношения сущего и должного, нравственного и морального в профессиональной деятельности врачей. Вместе с тем данная проблема не является чисто теоретической, поскольку, согласно экспертным данным, в последние годы в России увеличивается число жалоб на ненадлежащее качество оказания медицинской помощи, неправомерные действия медработников, нарушение норм этики и деонтологии.

К настоящему времени существует определенная нормативно-правовая база, регламентирующая принципы медицинской этики и деонтологии. На международном уровне это: Устав Всемирной Организации Здравоохранения, 1946 г.; Женевская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации, 1948 г.; Международный кодекс медицинской этики, принят 3-й Генеральной Ассамблеей ВМА, 1949 г.; Лиссабонская декларация о правах пациента, принята 34-й Всемирной Медицинской Ассамблеей, 1981 г.; Венская декларация и Программа действий, принята на Всемирной конференции по правам человека, 1993 г. В нашей стране такими документами являются: Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, 1993 г.; Этический кодекс российского врача, утв. 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, 1994 г.; Кодекс врачебной этики Российской Федерации, одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей, 1997 г.; Этический кодекс медицинской сестры России, 1997 г.

Какое место занимает этическая детерминация в современной медицинской практике, заметно ли ее влияние на результаты медицинской помощи, на отношения между врачами и пациентами, медработниками, каково отношение руководителей лечебных учреждений к этической подготовленности лечащих врачей и выпускников медицинских вузов? Данные вопросы исследуются в материалах по социологии медицины и, как правило, результаты свидетельствуют о том, что большинство врачей считают свои знания по биомедицинской этике недостаточными, не уверены в том, какие этические позиции в медицинской деятельности изменились за последнее время, следуют в своих решениях и поступках стихийно сложившимся традиционным, удобным, привычным нормам поведения [1].

Нами проведено социологическое исследование с целью выявления представлений руководителей лечебных учреждений и структурных подразделений о степени остроты морально-этических проблем, выборе этико-деонтологических моделей поведения и вариантов решения этических ситуаций, о

форме взаимосвязи здравого смысла и этических норм в профессиональной медицинской деятельности. Материалом для оценки выступают такие реальные проблемы, как роль профессиональной этики в работе врача; модели отношения «врач-пациент», этическое основание терапевтического сотрудничества врача и пациента; права пациента на информацию, на согласие и отказ от медицинского вмешательства, мотивы и ответственность при отказе; этические и юридические отличия благодарности от взятки; роль медицинских ассоциаций в регулировании этических норм и правил. В анонимном анкетировании принимали участие слушатели курса повышения квалификации врачей, проходившие последипломную подготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» в Уральской государственной медицинской академии в 2009 г. Всего опрошено 117 человек, распределение респондентов по социально-демографическим характеристикам было следующим: главные врачи - 38,5%, заместители главных врачей - 32,5%, заведующие отделениями - 17,9%, врачи, состоящие в резерве на руководящие должности - 11,1%; представители государственных медицинских организаций - 38,5%, муниципальных - 37,6%, частных - 23,9%; мужчины 38,5%, женщины - 61,5%; возраст до 39 лет - 22,3%, 40-49 лет - 46,2%, 50-59 лет - 26,5%, 60 лет и старше - 5,1%.

Современные этические проблемы медицинской деятельности проявляются на фоне преобразований, происходящих в российском здравоохранении. Наряду с государственным и муниципальным здравоохранением развивается частная медицина, функционируют структуры обязательного и добровольного медицинского страхования, осваиваются новые медицинские технологии, резко возрастает объем применяемых фармацевтических препаратов. Все эти изменения требуют не только постоянного профессионального совершенствования врачей и руководителей здравоохранения, но и переосмысления традиционных норм и принципов медицинской этики и деонтологии. В условиях современного периода развития отечественного здравоохранения,

когда законодательно закреплены широкие права пациентов, здравый смысл и деонтологическая подготовка нередко сталкиваются с серьезными этическими и правовыми коллизиями. Именно с этим, на наш взгляд, связано то, что 93,2% респондентов считают обязательным изучение медицинской этики (биоэтики) в вузе. Оценивая этическую подготовку молодых специалистов, большинство руководителей лечебных учреждений указали «удовлетворительная» - 35,0% и «низкая» - 49,6%. Такие оценки свидетельствуют о необходимости более глубоко и ответственно обеспечивать подготовку студентов-медиков по актуальным проблемам биомедицинской этики и их правового регулирования.

В центре внимания этических исследований всегда находятся вопросы терапевтического сотрудничества в отношении «врач-пациент». Результаты анкетирования показали, что около половины респондентов - 49,6 на 100 опрошенных, считают, что терапевтическое сотрудничество выстраивается на основе «профессионального опыта и здравого смысла», а 43,6% - на этических и правовых нормах. При этом в группе врачей из муниципальных медицинских организаций разница между этими двумя позициями была наиболее выражена - 38,6% высказались в пользу этических и правовых норм как основы терапевтического сотрудничества, а 52,3% отдали предпочтение профессиональному опыту и здравому смыслу. Учитывая тот факт, что большинство респондентов представляли возраст 39 лет и старше, то можно предположить, что основной этический багаж носит деонтологический характер. По опыту последних лет следует заметить, что деонтологическое мышление, к сожалению, не всегда помогает этически правильно разрешать возникающие конфликтные ситуации в отношениях врача и пациента.

С появлением частной медицины претерпевает изменения традиционная патерналистическая модель попечительского отношения врача к пациенту. Важнейшим принципом современной медицины выступает принцип информированного добровольного согласия, при котором обязательным условием является

информирование пациента врачом о диагнозе, прогнозе, рисках, вариантах лечения и пр. Право граждан на получение информации о состоянии своего здоровья закреплено Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан в статье 31, согласие на медицинское вмешательство – в статье 32, а отказ от медицинского вмешательства – в статье 33. В Этическом кодексе российского врача в статьях 9 и 10 определено: «Врач должен строить отношения с пациентом на основе взаимного доверия и взаимной ответственности, стремясь к терапевтическому сотрудничеству, когда пациент становится терапевтическим союзником врача. В оптимистичном ключе и на доступном для пациента уровне следует обсуждать проблемы его здоровья, разъяснять план медицинских действий, дать объективную информацию о преимуществах, недостатках и цене существующих методов обследования и лечения, не приукрашивая возможностей и не скрывая возможных осложнений». Медицинское вмешательство недопустимо, если не получено согласие пациента или его законных представителей, а исключения оговариваются законом. Согласие и отказ от лечения – суть две стороны биоэтического принципа информированного согласия.

Нами проанализированы оценки врачей-руководителей в отношении основных прав пациентов. В проведенном исследовании большинство опрошенных руководителей - 92,3% подтверждают своим согласием право пациента на информацию, но только 56,4% респондентов признают право пациента на выбор лечения и 66,7% - на отказ от лечения, полагая, что выбор лечения все-таки прерогатива профессионалов. Распределение ответов среди респондентов из государственных, муниципальных и частных учреждений по вопросу о праве на отказ от лечения было, соответственно 57,8 на 100 опрошенных, 70,5 и 75,0% .

На вопрос, помогает или затрудняет работу врача право пациента на знакомство с историей болезни, чаще признают затруднения руководители государственных и муниципальных больниц - 40,0 и 38,6% соответственно, в то время как в частных учреждениях – 28,6%.

Такие результаты свидетельствуют, что в государственных и муниципальных структурах здравоохранения пока преобладает патерналистская модель отношения «врач-пациент», а в частных медицинских учреждениях более принята модель информированного согласия.

Отказ пациента от медицинской помощи должен быть столь же осознанным, как и согласие на нее. Без согласия пациента медицинское вмешательство может быть произведено лишь в случаях, когда тяжесть физического или психического состояния не позволяет пациенту принять осознанное решение или пациент является источником опасности для окружающих. Изучение мотивов отказа пациента от медицинского вмешательства и от госпитализации показало, что с точки зрения врачей, основными причинами являются: «нежелание лечиться» - 39,3 на 100 опрошенных, «надежда на авось» - 31,6%, «страх перед медицинским вмешательством» - 17,9%, «отсутствие средств у пациента» - 17,1%. Таким образом, основной мотив отказа, по мнению врачей, это пренебрежительное отношение граждан к своему здоровью. Отечественная социология медицины уже исследует этот феномен сквозь призму «самосохранительного поведения» человека [2].

Отказ пациента от медицинского вмешательства создает этическую коллизию между долгом врача и ответственностью пациента за свое здоровье. В Этическом кодексе российского врача (статья 11) констатируется, «что отказ вменяемого пациента от медицинской помощи, как правило, есть результат отсутствия терапевтического сотрудничества, а потому всегда остается на совести врача». При анкетировании нами были получены следующие ответы на предложенные варианты: «результат отсутствия терапевтического сотрудничества» - 57,3 на 100 опрошенных; «полная ответственность на пациенте» - 24,8%; «всегда остается на совести врача» - 18,8%. Таким образом, более половины голосов признали взаимную ответственность и врача, и пациента за отказ пациента от медицинского вмешательства. Действительно, если мы выстраиваем терапевтическое сотрудничество в

соответствии с моделью информированного согласия, в которой компетентный пациент делает осознанный, добровольный выбор, то и ответственность не должна возлагаться только на одну из сторон, однако эффективность терапевтического сотрудничества в значительной мере зависит от знаний и умений врача конструктивно контактировать с пациентом.

Согласно Конституции РФ, равные права на медицинские услуги гарантированы независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям. Данное положение основного закона отражено и в Клятве врача, закрепленной статьей 60 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан». Вместе с тем, на вопрос «чем Вы будете руководствоваться при оказании помощи больному, если медицинские ресурсы ограничены?» от врачей-руководителей были получены следующие ответы: неотложностью медицинской помощи по жизненным показаниям - 90,6%; ожидаемой продолжительностью полноценной жизни и вероятностью благоприятного исхода терапии - по 17,9%; социальной значимостью пациента - 3,4%; национальная и религиозная принадлежность пациента для респондентов не имела значения. Такие результаты наших участников анкетирования отражают позиции, соответствующие нормам медицинской этики и врачебного долга.

Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении, с одной стороны, непосредственно связано с правом человека на охрану здоровья, а с другой, является выражением оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном государстве. Вместе с тем решение этого вопроса зависит не только от государственного устройства и уровня экономического развития страны, но и от самого медицинского сообщества. По результатам нашего исследования, отдают предпочтение эгалитарной справедливости (то есть «все равные медицинские услуги») в среднем 61,5 на 100 опрошенных; справедливость как честность, то есть когда льготная и бесплатная

медицинская помощь должна оказываться малообеспеченным слоям общества, выбирают 37,6%; «справедливость как право на обладание», то есть медицинская помощь должна оказываться только при наличии страхового полиса, контракта, возможности оплаты, то есть - 15,4 на 100 опрошенных. Таким образом, среди руководителей преобладают приверженцы позиций обеспечения равенства в доступности медицинской помощи.

Особенность действия этической нормы, в отличие от правовой нормы, состоит в том, что она действует внутренне и добровольно. Поэтому в Этическом кодексе российского врача не случайно акцентируется внимание на формах этической ответственности врача. Статья 21 Кодекса утверждает: «первый судья врача – собственная совесть», это вытекает из специфики этики. Далее: второй судья – «медицинское сообщество, которое в лице врачебной ассоциации имеет право наложить на нарушителя взыскание в соответствии со своим уставом и иными документами». В анкете мы поставили вопрос: «помогают ли медицинские ассоциации вашего профиля в решении сложных профессиональных и гражданских вопросов?». Ответы респондентов распределились следующим образом: «редко» - 30,8%, «время от времени» - 23,9%, «никогда» - 20,5%, «постоянно» - 14,5%. То есть пока роль медицинских ассоциаций незаметна или отсутствует. Вместе с тем ассоциации крайне необходимы, поскольку наблюдается рост числа обращений пациентов в министерство здравоохранения, комитеты по защите прав потребителей, судебные органы с исками о возмещении ущерба материального и морального, проявляется тенденция замещения обычных жалоб судебными исками. Немало этических проблем возникает и в коллективах лечебно-профилактических учреждений, в том числе при решении вопросов качества медицинской помощи, оценки уровня квалификации врачей и др.

В Этическом кодексе российского врача (статья 4) констатировано, что врач не имеет права «заниматься вымогательством и взяточничеством», и завершается указанная статья словами «врач вправе принять благодарность

от пациента и его близких». Поэтому мы в анкете, приводя эти слова из статьи, попросили руководителей ЛПУ отразить свое понимание «благодарности» в контексте нашего исследования. Ответы распределились следующим образом: «благодарность врачу за качественное лечение и душевное отношение» - 77,8%, «открывает дорогу взяточничеству» - 12,8%, «вознаграждение врача за его труд в условиях недостаточной оплаты труда» - 5,1%. Таким образом, более трех четвертей респондентов не считают благодарность взяткой, а видят в ней морально-положительную оценку своего труда и отношения к пациенту. Вместе с тем каждый седьмой опрошенный считает эту норму из кодекса как «открывающую дорогу взяточничеству». Действительно, здесь грань очень тонкая, а кодекс никаких критериев отличия благодарности от взятки не вводит, что правильно, так как этическое - это всегда внутреннее и добровольное. Границу добровольности и свободе очерчивает правовая норма. Так, Гражданский кодекс РФ (статья 575 - «Запрещение дарения») допускает дарение служащим, в том числе работникам лечебных учреждений, «обычных подарков, стоимость которых не превышает пяти установленных законом минимальных размеров оплаты труда». В соответствии с Уголовным кодексом РФ (статья 290 - «Получение взятки») субъектом рассматриваемого преступления может быть только должностное лицо. В ЛПУ должностным лицом является сотрудник, который, помимо профессиональных обязанностей, выполняет постоянно или временно организационно-распорядительные или административно-хозяйственные функции [3]. В строгом юридическом смысле врач, выполняющий только профессиональные обязанности, не является должностным лицом, а, значит, его действия не попадают под действие статьи 290 УК РФ [4]. Вариант ответа «вознаграждение врача за его труд в условиях недостаточной оплаты труда» получил всего 4,4% голосов в подтверждение того, что вознаграждение должно быть всегда законным.

Назначение медицины состоит в восстановлении здоровья и сохранении жизни. Жизнь

выступает как высшая ценность независимо от того, на какой стадии развития она находится: формирование, возникновение, активная, умирание. Запрет на эвтаназию закреплен «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан». Этический кодекс российского врача (статья 14) закрепляет право пациента на достойную смерть, а тем самым, и обязанность врача обеспечить достойный уход из жизни умирающего и страдающего пациента. В данной статье дается определение эвтаназии и констатируется, что недопустима ни активная, ни пассивная эвтаназия. В то же время, врач «обязан облегчить страдания умирающего всеми доступными и легальными способами». На вопрос анкеты, в какой форме может быть реализовано право пациента на достойную смерть, мнения респондентов распределились следующим образом: «в форме оказания паллиативной помощи (например, хоспис)» - 70,4%, «применение эвтаназии по просьбе пациента в исключительных случаях» - 18,3%, «это право несовместимо с медицинской этикой и долгом врача» - 22,6%. В таких ответах мы видим у респондентов расхождение должного и сущего. Должное выступает в норме «право на достойную смерть», которая не оговорена в отечественном законодательстве, но четко прописана в Этическом кодексе. В этом отношении лишь 70,4% ответов на первый вариант соответствуют «должному», то есть этической норме.

На вопрос анкеты «Считаете ли Вы допустимой эвтаназию?», число сторонников эвтаназии увеличилось: «да, если этого желает пациент» - 6,8%, «в исключительных случаях» - 51,3%, «ни при каких обстоятельствах» - 31,6%. Выявляются различия в ответах мужчин и женщин: категорически против эвтаназии высказались, соответственно, 26,7 и 34,7%. Врачи в возрасте до 40 лет более склонны к принятию эвтаназии, нежели респонденты старших возрастов: так, признают эвтаназию в исключительных обстоятельствах в группе 30-39 лет более двух третей врачей, в группе 40-49 лет – около 50%, а в 50 лет и старше - чуть более трети респондентов. В основе этих ответов, на наш взгляд, лежали профессиональный

опыт и его морально-нравственная составляющая, где высказывания за эвтаназию связаны не столько с «суровостью» отечественного здравоохранения, сколько с недостаточной практикой паллиативной медицины. Развитие сети хосписов, сопровождаемое реальным милосердием, поддерживаемое всеми формами СМИ, будет способствовать уменьшению числа сторонников любой формы эвтаназии.

Таким образом, результаты анкетирования показали, что в этической составляющей медицинской практики обнаруживается противоречие между должным и сущим, моральным и нравственным, этическим и правовым. Это различие, на наш взгляд, имеет характер не только субъективный, но и объективный, обусловленный реальными проблемами отечественного здравоохранения. Практическая медицина медленно переходит от патерналистской модели отношения врач-пациент к модели информированного согласия. Медицинские ассоциации как этический механизм регулирования отношений в здравоохранении пока мало заметны и остаются слабым инструментом в решении этических проблем. В анкетировании выяснились сложные отношения этических, нравственных и правовых норм. Конфликт этических и правовых норм всегда имеет следствием душевные переживания врача, будь это проблема информирования, отказа от лечения, просьбы страдающего и умирающего пациента. Снижение напряженности этих переживаний, морально-нравственных конфликтов возможно на пути сближения нравственности, морали и права через совершенствование медицинского законодательства и профессиональных этических кодексов, которым уже более полутора десятков лет. Руководители лечебно-профилактических учреждений считают необходимым изучение биомедицинской этики в ВУЗе, в том числе по программам последипломной подготовки специалистов, что следует принять во внимание при разработке образовательных программ.

## Литература

1. Назарова И.Б. Взаимоотношения «врач-пациент»: правовые и социальные аспекты // Социологические исследования. - 2004. - № 7. - С. 145.
2. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. - 2000. - №11.
3. Ардашева Н.А. Словарь терминов и понятий по медицинскому праву. – СПб., 2007. - С. 35.
4. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Дерягин Г.Б. Правовая ответственность медицинских работников.- М., 2004. - С. 128.

Л.А. Соколова, Н.С. Давыдова,  
Д.Ф. Хусаинова

### РОЛЬ КАФЕДРЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ

Уральская государственная медицинская академия,  
кафедра скорой медицинской помощи

Qui bene dignoscit - bene curat  
«Кто хорошо ставит диагноз, тот хорошо  
лечит»

Неотложная помощь — необходимый компонент врачебной деятельности для каждого работающего в области оказания первичного звена медицинской помощи, в основе которого лежат фундаментальные знания из различных областей медицины, объединенные практическим опытом [1]. Специфические условия деятельности, считанные минуты, а иногда и секунды, «отпущенные ситуацией» для принятия единственно правильного решения с целью сохранения жизни больного, делают работу врача скорой помощи особенно сложной. В таких случаях особое значение имеют наблюдательность медика, умение быстро принимать решения, обладать знаниями в различных областях медицины: неотложной терапии,

хирургии, травматологии, акушерству и гинекологии, педиатрии, инфекционным болезням, токсикологии, неврологии [3]. Каждый врач скорой медицинской помощи должен иметь практические навыки работы с современной диагностической аппаратурой, в совершенстве владеть методами и приемами реанимации и интенсивной терапии. Все это требует работы по совершенствованию и систематизации своих знаний, повышения врачебной квалификации, обучаясь на кафедре СМП и постоянной работы над собой [1].

В 2009 году указом ректора УГМА профессора С.М. Кутепова организована новая самостоятельная кафедра скорой медицинской помощи.

Учебно-образовательный процесс по подготовке врачей СМП проходит в соответствии с современными требованиями и осуществляется на основе принципа преемственности включая: додипломную подготовку будущих врачей на цикле по СМП для студентов 5 курса с закреплением знаний на летней практике в качестве помощника врача СМП и постдипломную подготовку в виде интернатуры, периодического направления врачей СМП на курсы первичной профессиональной подготовки и повышения квалификации с присвоением квалификационной категории по специальности врач СМП.

Интернатура по скорой медицинской помощи является первым этапом последипломной подготовки, имеющим целью первичную специализацию выпускника медицинского вуза для самостоятельного оказания первичной неотложной врачебной помощи на догоспитальном этапе, преимущественно в составе выездной бригады скорой медицинской помощи. По окончании интернатуры по скорой медицинской помощи врач должен знать следующие вопросы: организационные основы оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе; вопросы сортировки и транспортировки больных; рекомендации при оставлении больного дома; методы оказания экстренной и неотложной помощи больным с различной патологией; взаимодействие с другими экстренными службами; методы дифференциальной