**Кафедра философии и биомедицинской этики**

**с курсом гуманитарных наук.**

Реферат на тему

**“ Традиционные и современные модели**

**взаимоотношений врача и пациента ”.**

Москва .

Оглавление

1. Введение………………………………………………………….2
2. Модели взаимоотношений врача и пациента
	1. Модель технического типа………………………………2 – 3
	2. Модель сакрального типа………………………………..3 - 5
	3. Модель коллегиального типа……………………….……..…5
	4. Модель контрактного типа………………………………..5 - 6
3. Стиль отношений врача и пациента – сотрудничество

3.1 Поддержка………………………………………………….7 - 8

3.2 Понимание………………………………………………….8 - 9

3.3 Уважение……………………………………………….……9 - 10

3.4 Сочувствие………………………………………………….10 - 11

1. Больные, с которыми трудно наладить отношения

 4.1 Больные, не склонные сотрудничать с врачом………..….11 - 12

 4.2 Больные, имеющие цели, отличные от лечения…….……12 - 13

 4.3 Больные, с которыми трудно наладить

 взаимопонимание…………………………………….………13 - 14

 4.4 Больные, доверительные отношения с которыми

 мешают процессу лечения……………..……………………14 - 15

1. Этика пациента…………………………………………….……15 - 18
2. Биомедицинская этика…………………………………………18 - 21
3. Заключение……………………………………………..……..21 - 22

 8. Список литературы……………………………………………22 - 24

Ввведение.

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и больным было и остается *доверие.* Еще недавно все сводилось к тому, что больной доверял врачу право принимать решения. Врач же “исключительно в интересах больного” поступал так, как считал нужным. Считалось, что держать больного в неведение гуманнее, чем вовлекать его в решение сложных медицинских проблем. Согласно бытовавшему мнению, это даже повышало эффективность лечения, избавляя больного от сомнений и неуверенности. Больной доверял врачу – врач брал на себя заботу о нем. Традиционно взаимоотношения врача и больного основывались на слепой вере, что препятствовало созданию атмосферы взаимопонимания; врач не делился с больным своими сомнениями и скрывал от него неприятную правду, больной, как правило, был “сам себе на уме”. И поныне взаимоотношения врача и больного в большой степени определяют успех медицинской помощи. Полагаю, что строится они должны на основе сотрудничества, так как право личности самостоятельно определять свое поведение рассматривается в современной медицинской этике как одно из наиболее фундаментальных.\*

Модели взаимоотношений врача и пациента.

Какие модели отношений между медиками-профессионалами и обычными людьми позволяют охватить основные моральные проблемы?

1. Модель технического типа.

 Одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Нередко врач ведет себя как ученый-прикладник. Врач, который пола-

 \*А.Н. Бартко “ К вопросу о самоопределении личности: актуальные проблемы аборта в биомедицинской этике. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск № 10. М.,

1994 г., стр. 170

 гает, что его задача в том, чтобы предоставить все данные больному, а решение - за пациентом, обманывает себя, даже если признать, что во всех критических ситуациях, там, где необходимо сделать решающий выбор, такой образ действий был бы в моральном смысле здравым и ответственным. Более того, даже если в процессе принятия решения врач смог бы избежать суждений морального и иного ценностного характера, даже если бы ему удалось на деле осуществить неосуществимый идеал свободы от ценностных суждений, то такой образ действий был бы оскорбительным для него самого с моральной точки зрения. Он превратился бы в техника, в водопроводчика, который соединяет трубы и промывает засорившиеся системы, не мучаясь никакими вопросами.

1. Модель сакрального типа.

 Моральное отвращение к модели, в которой врач превращается в водопроводчика, полностью лишенного собственных моральных установок, приводит к ому, что впадают в другую крайность, превращая врача в нового священника. Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: “Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда”. Пациент лишен возможности принимать решения, он перекладывает ответственность на врача. И хотя группа медиков-профессионалов может утверждать этот принцип в качестве принципа профессиональной морали, ясно, что в обществе существует гораздо более широкий набор моральных норм. Что мог бы включать в себя этот более широкий набор моральных норм?

 А) Приносить пользу и не наносить вреда. Некоторые этики считают принесение пользы и ненанесение вреда двумя различными принципами, придавая больший моральный вес последнему принципу. Это характерно и для профессиональной медицинской этики.

 Б) Защита личной свободы. Фундаментальной ценностью нашего общества является личная свобода. Личная свобода и врача, и пациента должна защищаться, даже если кажется, что это может нанести какой-то вред. Вот почему определенным пациентам, заранее осведомленным законным образом, общество разрешает отказываться от процедуры переливания крови или от других видов медицинской помощи, хотя большинству людей кажется, что в результате этого больному наносится огромный вред.

 В) Охрана человеческого достоинства. Равенство всех людей по их моральном качествам означает, что каждый из них обладает основными человеческими достоинствами. Личная свобода выбора, контроль за своим телом и собственной жизнью содействуют реализации человеческого достоинства. Многие шаги в процессе госпитализации, оказания медицинской помощи и содержанию пациентов, особенно тяжело больных, заключают в себе угрозу человеческому достоинству. Истощенному человеку, которого с жизнью связывают внутривенные трубки, трудно поддерживать чувство собственного достоинства. И ничего нет удивительного в том, что предпочитают возвратиться домой и там умереть. Ведь именно там, под родным кровом, они обретают силы и чувство собственного достоинства.

 Г) Говорить правду и исполнять обещания. Можно лишь сожалеть о том, что эти основания человеческого взаимодействия низведены до минимума ради того, чтобы провести принцип – не нанеси вред пациенту. Эта проблема более широкая, и она не сводится к тому, говорить ли правду больному с терминальной раковой опухолью. Эта проблема возникает уже тогда, когда мальчику, которому делают прививку от кори, говорят: “Она не причинит тебе ни малейшего вреда”. Каждый подобный случай – это покушение на достоинство, свободу и гуманность. Иногда такие действия могут быть оправданы, однако оправдательные аргументы должны быть очень весомыми.

 Д) Соблюдай справедливость и восстанавливай ее. Моральные нормы широких слоев общества выходят за пределы обязанности оказания пациенту помощи и ненанесения ему вреда еще в одном требовании – требовании справедливого распределения услуг в здравоохранении. Если охрана здоровья – право, то это право – для всех. В данный момент истории вопрос о справедливости в распределении медицинских услуг вызывает особую озабоченность вследствие высокого уровня дискриминации

1. Модель коллегиального типа.

Некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Врач – это друг больного. Именно в модели коллегиального типа доверие играет решающую роль. Когда два человека действительно отстаивают общие цели, их доверие оправдано. Такой солидарный способ взаимодействия соратников. Здесь налицо равенство и уважение. Однако этнические, классовые, экономические и ценности различия между людьми превращают принцип общих интересов, необходимых для модели коллегиального типа, в пустую мечту.

4. Модель контрактного типа.

 Модель социальных отношений, которая соответствует реальным условиям, - это модель, основанная на контракте или соглашении. В нем два индивида или две группы людей действуют на основе взаимных обязательств и ожидающейся взаимной выгоды. Основные принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости необходимы для модели контрактного типа. Лишь в модели контрактного типа может существовать подлинное разделение морального авторитета и ответственности. Она позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели технического типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложное и неконтролируемое равенство в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой.

 Кроме того, в модели контрактного типа решения принимаются так, что сохраняется уверенность – и пациент, и врач морально чистоплотны.

 Таким образом, при решении медицинских проблем решающую роль будет играть дух моральной ответственности, который зависит от выбора соответствующей модели моральных отношений между сообществами профессионалов и непрофессионалов.\*

 Стиль отношений врача и пациента– сотрудничество.

Доверие к врачу, - как и прежде, остается обязательным компонентом лечебно – диагностического процесса. Однако его внутренняя сущность в лечебном процессе меняется. “ Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного ”. Взаимоотношения врача и больного - не просто обмен сведениями; это – часть лечения. Известно, что врачи могут воздействовать на болезнь без всяких лекарств: примером может служить *эффект плацебо*. Плацебо - это биологически инертное вещество, которое врач дает больному в качестве биологически активного. В клинических испытаниях (где плацебо применяют специально для того, чтобы вводить больных контрольной группы в заблуждение) совершенно однозначно продемонстрирована эффективность такого “лечения”.

 \*Вич Р. “Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений”.

 Биоэтика. Москва – 1992 г.

Обычно думают, что основное действие плацебо – болеутоляющее; на самом же деле плацебо может быть средством воздействия на все потенциально устранимые симптомы; клинические испытания с применением “ двойного слепого ”контроля убедительно это доказывают, идет ли речь о симптомах сахарного диабета, ишемической болезни сердца или даже рака. В свое время обязательной предпосылкой возникновения эффекта плацебо считалась слепая вера в чудесную силу лекарств. Однако отношения сотрудничества между врачом и больным порождают эффект плацебо без всякого плацебо; будучи научно обоснованным, эффект плацебо дополняет медицину как науку и оправдывает взгляд на нее как на искусство.

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

 *Поддержка –* это одно из важнейших условий установления правильных взаимоотношений врача и больного. Поддержка означает, что врач стремиться быть полезным больному. Обычно это само собой разумеется и не требует ника-

ких доказательств; однако бывают случаи, когда больной отнюдь не уверен, что врач отстаивает его интересы.

Поддержка не означает, что врач должен взять на себя всю ответственность за состояние здоровья и настроение больного. Здесь должны помочь другие звенья системы здравоохранения, семья и друзья больного. Однако главные ресурсы, вероятно, скрыты в самом больном. Их использование станет возможным, если больной осознает: врач намерен помогать, а не заставлять. Таким образом, составная часть оказываемой врачом поддержки – активизация роли больного 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 больного четкой установки на выздоровление. Эффективность плацебо, способствующего “самоизлечению”, зависит от желания больного выздороветь и, в конечном итоге, - от его уверенности в успехе. Согласие больного на активное участие в лечебном процессе обычно предвещает благоприятный исход.

Когда врач проявляет *понимание,* больной 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 больного ощущение, что его слушают и хотят помочь. Вместе с тем, нужно уметь распознать случаи, когда убедить больного в своем понимании не удается, и разбираться в причинах этого. На существование некого барьера указывает противоречивость сообщаемых больным сведений или несоответствие между его словами и невербальными сигналами. Бывает и общее ощущение неловкости ситуации или сопротивление со стороны больного. Например, больной 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 больной 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 больному и готовность понять его проблему.

*Уважение* подразумевает признание ценности больного 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 больным 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 ознакомится с обстоятельствами жизни больного настолько подробно, чтобы общаться с ним как с личностью, а не только как с носителем болезни. Уже само время, потраченное на выяснение личных обстоятельств больного, свидетельствует об уважении врача. Часто все, что требуется, - активно проявить заинтересованность. Важны простейшие вещи, типа быстрого запоминания имени и фамилии больного. Невербальное общение способно как укрепить доверие к врачу, так и разрушить его.. Так, если смотреть больному в глаза сидя рядом с ним, он почувствует, что его уважают. Если же без конца прерывать больного или вести в его присутствии посторонний разговор, он “замкнется в себе” и доверительные отношения с больным не сложатся.

Уместно бывает похвалить больного за терпение, за аккуратное соблюдение предписаний врача. Если больной 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 унизительным для своих пациентов замечаниям. Больной, 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 больным.

*Сочувствие* – ключ к установлению сотрудничества между врачом и больным. Нужно уметь поставить себя на место больного, взглянуть на мир его глазами. Сочувствие можно проявить, высказав сугубо личную оценку ощущений и эмоций больного: “Вам пришлось нелегко, было от чего обозлиться” или “Похоже, все от Вас отвернулись, представляю себе в каком Вы были отчаянии”. *Со-чувствуя,* мы испытываем чувства другого человека. Сочувствие начинается с самого факта нашего присутствия, часто молчаливого, с ожидания, когда больной заговорит. Если приходится прервать беседу, нужно уверить больного, что вы тотчас вернетесь и дослушаете его. Врач должен терпеливо выслушать больного, 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.

К сожалению, технический прогресс разрушает эту непосредственную связь: врач – больной. Когда врач позволяет машине вклиниться между собой и больным, он рискует лишиться своего мощного исцеляющего воздействия.

“ Взаимодействие между врачом и больным в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успеха. Самое популярное лекарство – сам врач, а если взглянуть на это глазами больного, то личность врача – самое

мощное из всех плацебо”.\*

Ричард Ригельман “ Как избежать врачебных ошибок ”, стр.160 –183, Москва, 1994г.

Налаженные взаимоотношения врача и больного не только целительны сами по себе, они усиливают и облегчают воздействие других лечебных вмешательств. Например, от этих взаимоотношений часто зависит дисциплинированность больного, т. е. его готовность выполнять врачебные рекомендации. Аналогич-

ным образом, стремление сотрудничать со своим врачом – часто главный стимул к изменению образа жизни, подчас очень трудному.

Таким образом, сотрудничество врача и больного – необходимое условие успеха лечебных мероприятий. Обычно установление таких взаимоотношений не представляет для врача сложности, поскольку сами больные стремятся к плодотворному сотрудничеству с ним.

Больные, с которыми трудно наладить взаимоотношения.

Больных, с которыми в процессе лечения трудно наладить отношения, условно можно отнести к категориям: больные, не склонные к сотрудничеству с врачом; больные, имеющие цели, отличные от лечения; больные, с которыми

трудно наладить взаимопонимания; больные, доверительные отношения с которыми мешают процессу лечения.

Далеко не все больные, обращающиеся к врачу, склонны сотрудничать с ним и верят, что врач хочет и может им помочь. Такие *больные не готовы к установлению сотрудничества* в процессе лечения. Практика показывает, что многие из них смотрят на попытки врача завязать с ними доверительное отношение как на замаскированное стремление заполучить “подопытного кролика”. Аналогичный скептицизм ощущают на себе и врачи первичной медицинской помощи, в которых некоторые больные видят “преграду”, препятствующую им получить “настоящую” помощь. Требование быстрее направить их к специалисту, часто еще до завершения сбора анамнеза, - прозрачный намек на отсутствие у больного желания наладить взаимодействие с врачом. Иногда это выражается открыто: “Не люблю я ходить по врачам”, “От лекарств – один вред”, или даже: “Я врачам не верю”.

Распознать больного скептически настроенного по отношения к врачам, обычно не трудно, но избежать его отрицательной или оборонительной реакции гораздо сложнее. Тем не менее, важно уметь отличать таких людей от прочих и не пытаться убеждать их словами. Скорее всего, на них большее впечатление произведут не слова, а действия. В подобных случаях, как и во многих других, потенциально конфликтных ситуациях, полезно дать пациенту понять, что его внимательно выслушали. Иногда обойти острые углы и дать больному расслабиться помогают простые реплики типа: “ Я Вас внимательно слушаю ”, или

“Я кое-что посоветую, но решать Вы, конечно, будите сами”.

Особую категорию составляют *больные, имеющие цели, отличные от лечения.* Доверительные отношения с врачом, они стремятся использовать в целях, не имеющих ничего общего с лечением. Такие больные, в отличие от предыдущих обычно выглядят настроенными на плодотворное сотрудничество, благодарными и полностью доверяющими врачу. На самом деле те из них, кто особенно усердствует в похвалах, чаще других вступают с врачом в конфликт. Существует два типа ситуаций, в которых больные стремятся к деструктивному взаимодействию с врачом.\*

 Во-первых, это случаи, когда больной своими словами и поступками пытается склонить врача к выступлению на своей стороне против других членов семьи: “Объясните это, пожалуйста, моей жене”, “Это у меня из-за него депрессия”. В этой ситуации врач становится оружием, которое больной использует против своих близких. Больной может прямо попросить врача вмешаться в домашний конфликт. Подобные просьбы следует расценить как сигнал, преду-

\* Hahn S.R., Feiner J.S., Bellin E.H. The doctor – patient family relationship. A compensatory alliance. Ann. Intern. Med. 109: 884 – 889, 1988.

преждающий об опасности: завязавшиеся в ходе лечения доверительные отношения могут быть использованы больным для достижения далеких от лечения целей.

 Второй тип ситуаций, при которых возможно злоупотребление доверием врача, - когда болезнь сулит больному определенные выгоды. Другими словами, болезненное состояние приносит какую-то пользу, и в результате он стремится его сохранить. Выгодными могут быть повышенное внимание окружающих, меньшая ответственность и некие положенные по закону привилегии. Больному хочется быть больным, и он использует свои отношения с врачом для полу чения “официального подтверждения” своего состояния.

Итак, важно уметь распознавать больных, использующих отношения с врачом в посторонних целях: их легко спутать с людьми, действительно стремящимися

к плодотворному сотрудничеству в процессе лечения. Оба упомянутых вида деструктивного взаимодействия больного с врачом характеризуются тем, что поведение больного мало меняется с течением времени, а врач зачастую испытывает разочарование и чувство беспомощности. Врач должен проявлять постоянную настороженность в отношении таких ситуаций, иначе его доверием будут злоупотреблять.

Наконец, еще один редкий тип людей, не склонных к установлению плодотворного сотрудничества с врачом, можно назвать “сутяжным”. Несмотря на то, что больные с изначальной установкой на предъявление судебного иска встречаются крайне редко, врач должен уметь их распознавать. Серьезные ошибки в диагностике и лечении чреваты судебным иском, даже если между врачом и больным установились вполне доверительные отношения, однако важно подчеркнуть, что в большинстве своем судебные иски вызваны именно конфликтными отношениями.

Следует отметить, что эффективное предупреждение судебных исков по поводу неправильного лечения требует особого внимания врача к установлению плодотворного взаимодействия с больным, причем это правило распространяется на всех людей, независимо от того, заметна у них склонность к сутяжничеству или нет. И главное следовать совету юристов – предельно четкая документация.

Больные, с которыми в процессе лечения трудно наладить взаимопонимание, несмотря на обоюдное стремление к нему, могут быть разного склада, но обычно это люди, чья личность не вызывает у нас интереса. Однако врач не должен позволять себе такой субъективности. Больных, с которыми часто возникают трудности, в установлении сотрудничества условно можно разделить на следующие типы: настырно-требовательные, вязкие, хронически недовольные.

 *Настырно-требовательные* умеют обосновать свои самые бессмысленные требования. *Вязкие* пользуются медицинской помощью столь интенсивно, что вызывают раздражение и досаду. Х*ронически недовольные* изводят и часто подвергают врачей в отчаяние, постоянно сообщая им о неэффективности применяемого лечения.

Существует ряд приемов, облегчающих работу с указанными выше типами больных. Настырно-требовательному больному следует разъяснить его право на хорошее медицинское обслуживание, которое, однако, не обязательно включает выполнение каждого его требования. В случае вязких больных целесообразно проводить регулярные короткие осмотры в строго установленные часы; медицинское обоснование для назначения очередного приема необязательно. Столкнувшись с хронически недовольными пациентами, лучше всего признать неутешительные результаты лечения, разделить их пессимизм и обратить свое внимание, скорее на установление с ними хороших отношений, чем на выполнение какой-то определенной программы лечения, которая с неизбежностью приведет к разрыву.

Таким образом, своевременно распознав в больном склонность к тому или иному типу поведения врач более объективно может предвидеть ход развития взаимоотношений с пациентом и избежать нежелательного для процесса выздоровления больного развития событий.

Наконец, необходимо признать, что доверительные отношения с больными иногда мешают объективно взглянуть на ситуацию и понять реальный ход вещей. Из-за высокой степени доверия к больному можно не заметить наркоманию, лекарственную зависимость или тот факт, что больной одновременно лечится у другого врача и следует рекомендациям, которые противоречат вашим.

Следовательно, полезно иногда показать своего больного коллеге. Его свежий взгляд часто открывает то, что вам не удалось заметить.

 Этика пациента.

 В специальной литературе проблеме этики пациента не уделяется должного внимания. Сложилось превратное представление о том, что пациент всегда прав, что врач не должен ни словом, ни делом усугублять и без того тяжелое положение попавшего в беду человека. Искажение гиппократова принципа “ Не вреди ” привело к всепрощенчеству в медицине, при котором во всех конфликтах виновными остаются врач и его помощники. Между тем, врачевание – обоюдно связанный процесс, и многое в лечении и профилактике зависит от усилий обеих сторон. В силу невоспитанности, низкой санитарной культуры части населения еще не редки случаи бестактности отдельных категорий пациентов. Грубость, фамильярность, ничем не обоснованные притязания на получение того или иного вида медицинской помощи, а то и хулиганские выходки – далеко не полный перечень нарушений лиц, обратившихся за помощью к медицинским работникам. Это касается и взрослой и детской части населения. И не случайно врачи поднимают вопрос о моральном и правовом воздействии на таких нарушителей. И все же главное в этом вопросе воспитание людей, создание условий, позволяющих избежать конфликтных ситуаций.

Этика пациента – сложная проблема, а не просто перечень правил хорошего поведения. Не последнюю роль здесь играет психология больного и врача, степень их личностной совместимости. Этот вопрос до последнего времени

 недостаточно изучался специалистами. Между тем, здесь может быть использована довольно простая схема.

 Больной

*Рассчитывает, что Опасается, что*

 Лечение

*будет* быстрым *может быть*

 квалифицированным медленным

 разносторонним недоступным

 Медицинский персонал

 *Будет* вежливым *может быть*

 внимательным грубым

приветливым безразличным

честным недобросовестным

 Врач ( медицинский работник)

*Рассчитывает, что Опасается, что*

*пациент будет может быть*

вежливым грубым

приветливым недружелюбным

терпеливым беспокойным

скромным придирчивым\*

Анализ схемы позволяет не только предупреждать ситуации, порождающие конфликт, но и наметить опорные пункты к самовоспитанию и самообразо-

\*Федцов В.Г. “ Профессиональная этика и культура бытового обслуживания ”. Стр. 96 –97, 1984г.

ванию каждой из взаимодействующих сторон. Одновременно он дает ориенти-

ры в работе по воспитанию культуры пациента, выработке у него уважения к

себе и окружающим, бережного отношения к собственному и чужому здоровью. Естественно, в правильном представлении о здоровье, жизни и смерти должны формироваться и адекватные действия пациента.

Часто медикам предъявляют совершенно необоснованные претензии, забывая, что достижения медицины относительны, да и сам организм человека изменяется в значительных физиологических параметрах, что прямо влияет на его жизнеспособность.

Однако в любом случае у пациента должна формироваться готовность к сотрудничеству и взаимопониманию с врачом, уважение к его труду и личным гражданским правам. Только на этой основе можно предупреждать конфликтные ситуации, а в случае возникновение гасить их негативные последствия.

Пациент должен знать, что его жалоба на неудовлетворительное обеспечение медицинской помощи будет принята во внимание врачом (равно как и администрацией лечебно-профилактического учреждения), но это вовсе не означает для пациентов полной безнаказанности за действия, если они оскорбляют честь и достоинство медика, чем бы они ни были мотивированы. Спорность принятия жалобы как критерия оценки труда медика постоянно обсуждается в медицинской литературе. Подчас она продиктована нежеланием отдельной части медиков считаться с мнением или притязаниями пациентов.

Думается, такой подход следует признать неконструктивным, поскольку в природе все взаимосвязано и взаимообусловлено и все люди работают друг для друга, а не только для удовлетворения собственных потребностей.

Этика пациента в современных условиях выросла в сложную проблему и здесь недостаточно простого перечня правил хорошего поведения. У пациента должна формироваться готовность к сотрудничеству и взаимопониманию с медицинским персоналом, уважение к его труду и гражданским правам еще до установления контакта с врачом. Уважение к врачу, особенно характерно в экстремальных условиях, о чем свидетельствуют факты и рассказы участников боевых действий в Афганистане и Чечне. Есть много свидетельств тому, что врач из принципиальных соображений не берет в руки оружие.

 Полагаю, что этика пациента являясь индивидуальной по форме, социальна по содержанию. Человека надо воспитывать до посещения врача. Здесь уместно говорить о социальном заказе общества – уважать врача (учителя), как представителей самых гуманных профессий, направленных на то, чтобы сохранять здоровье людей и нести им знание. Способы воспитания могут быть различными, - от наставлений матери ребенку до использования СМИ.

 Биомедицинская этика.

Известно, что научная медицина в России берет свое начало с Петровских реформ. Современные успехи в области науки и техники, перенесение их результатов в медицинскую практику, определили актуальность отношений между медиками и больными с позиции права, морали и религиозных убеждений.

Данная проблемная область составляет предмет биомедицинской этики, задача которой решать этические проблемы, тесно связанные с медицинской практикой и проведением биомедицинского исследования.

Нередко встречается мысль, что биоэтика новая наука. По мнению ряда ученых\*, она лишь представляет эволюцию медицинской этики и деонтологии.

В начале 60-х годов особую активность в этой области проявили ученые США, Великобритании, Франции. В тоже время, если говорить об идеи в

\*А.Н. Бартко “ Биомедицинская этика: к вопросу о философских основаниях концепций субъективности и современная теория морали ”. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Стр. 126 – 137, Москва – 1993г.

раскрытии природы человеческого существования, защиты интересов индивида, то можно привести примеры и более ранней причастности наших соотечественников к решению этой проблемы. ( К. Бар, Д.С. Самойлович, М.Я. Мудров, С.П. Боткин, С.С. Корсаков и другие.)

В странах с развитой рыночной экономикой (США, Великобритания) созданы Советы, Комитеты, Комиссии по этическим проблемам при клиниках, научных центрах и высших учебных заведениях с целью формирования нового мышления, поиска механизма этико-правового регулирования действий медперсонала в среде здравоохранения.

Из пассивного объекта медико-биологических манипуляций пациент превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности. Есть основания полагать, что создание аналогичных органов исследования и правового регулирования взаимоотношений врача и пациента актуально и для

нашей страны. Это позволяет решать многие спорные вопросы в медицине. Наряду с соблюдением законности, которая, как известно, всегда истолковывается однозначно, учитывать и моральные аспекты, которые могут приобретать разночтение в зависимости от исторически сложившихся традиций в обществе, включая вероисповедание его граждан.

Вместе с тем, биоэтика не может ограничиваться функцией сборщика и классификатора этических рекомендаций различных комитетов, ассоциаций и парламентов. В своей ближайшей перспективе она должна стремиться выйти на уровень теории нравственно-мировозренческого типа.

Во взаимоотношениях врач-пациент многое зависит от самокритичности, порядочности самих медиков. Действительно, основной принцип поведения врача – “быть настоящим врачом – значит уметь любить больного” – вряд ли может быть кем-то поставлен под сомнение.

Только высоким чувством долга, ответственностью перед больным и своей совестью можно объяснить поступок профессора С.П. Коломнина, который застрелился, узнав, что по его вине погиб прооперированный им пациент.

Как правило, в биомедицинской этике поднимаются следующие вопросы. Имеет ли врач моральное обязательство сообщить смертельно больному пациенту о том, что он или она умирает? Являются ли нарушения медицинской конфиденциальности когда-либо морально оправданным? Оправдано ли в моральном отношении проведение абортов? Морально оправдана ли эвтаназия?

Проблема психического статуса пациента в области трансплатологии.

Подобные нормативные этические вопросы затрагивают моральность определенных практик.

Другие проблемы в биомедицинской этике фокусируют внимание на этическом оправдании законов. Оправдано ли со стороны общества принимать законы, которые подвергают личность против ее воли поддерживающему жизнь медицинскому лечению? Находит ли оправдание общество в принятии законов, которые допускали бы другим помещать личность против ее воли в учреждения для психически больных? Появление подобных вопросов показывает, что биомедицинская этика должна основываться не только на теории общей нормативной этики, но также и на теории социально-политической философии и философии права.

В настоящее время в предоставлении медицинских услуг больницами и другими медицинскими учреждениями внутренне переплетаются как врачи, так и другой медицинский персонал. Кроме того, нами все больше и больше осознаются проблемы социальной справедливости. Врач или медицинская сестра, получающие зарплату ниже прожиточного минимума не могут чувствовать себя социально защищенными, а труд, который так низко оценивается государством не приносит морального удовлетворения.

 Таким образом, расширение пределов возможного в современной медицине выводят взаимоотношения врача и пациента на качественно новый уровень, затрагивающий право, мораль, религиозные убеждения граждан. Больной превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности. В этих условиях биомедицинская этика призвана решать проблемы гуманизации врачевания и защиты прав человека с учетом как традиционных, так и новейших воззрений на природу человека, отношения к нему медицинской науки, определения места и роли медицинских работников в решении задач медицинской практики.

Заключение.

Взаимоотношения с больным в ходе лечения – одна из важнейших составляющих врачебного искусства. Поддержка, внимание, уважение и сочувствие – средства, позволяющие добиться *эффекта плацебо без плацебо.* Однако не все больные склонны к плодотворному сотрудничеству. Иногда они используют доверительные отношения с врачом для целей, отличных от лечения. Важно быть готовым к встрече с человеком, который вызовет антипатию. Бывает, что доверительные отношения с больным мешают врачу объективно оценивать ситуацию. И, тем не менее, значение их переоценить невозможно. Способность устанавливать и поддерживать доверительные отношения – часто самое главное качество врача, которое побуждает людей обращаться к нему за помощью.

Взаимоотношения врача и пациента остаются основой медицинской практики. Врачи и больные должны стремиться к сотрудничеству, делиться своими сомнениями и говорить друг другу правду. Даже самая современная техника не заменит плодотворного взаимодействия врача и больного. Только сочетание доверительных человеческих отношений с достижениями медицинской науки и техники даст по настоящему хороший результат лечения. А для этого технически оснащенный врач должен не только уметь, но и любить разговаривать с больным. Особенностью взаимоотношений врача и пациента в современных условиях является факт, что пациент превращается в равноправного соучастника медико-биологической деятельности. Это требует формирования нового мышления и поиска механизма регулирующего отношения между медиками и больными с позиции права, морали и религиозных убеждений. Создание Советов, Комитетов, Комиссий по этическим проблемам будут способствовать распространению биоэтических знаний и правовому регулированию взаимоотношений врача и пациента. У нас уже есть в этом направлении положительный опыт: в 1992 году создан Комитет по этике в структуре Научного центра хирургии РАМН, в 1994 году – в Саратовском государственном медицинском институте. Их опыт заслуживает изучения и распространения в регионах Российской федерации. В то же время деятельность таких органов не следует рассматривать как собирающую и классифицирующую этические проблемы и дающую по ним рекомендации. В своей перспективе биоэтика должна выйти на уровень теории нравственно-мировозренческого типа.

 Список литературы:

1. Бартко А.Н. “ Биомедицинская этика: к вопросу о философских основаниях концепций субъективности и современная теория морали ”. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Стр. 126 – 137, Москва – 1993г.
2. Бартко А.Н. “ К вопросу о самоопределении личности: актуальные проблемы аборта в биомедицинской этике”. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск № 10. М., 1994г, стр.170

3. Высшее медицинское образование: эволюция, проблемы, перспективы. Издательство ММСИ, 1998г.

4. Габриелян А.А. “Психоэмоциональный и вегетативный статус у больных с кардиалгиями различного генеза и стенокардией”. Автореферат, Москва,1998г.

5. Габриелян А.А. “Изучение психологических и психопатологических аспектов синдрома кардиальной боли – модель взаимодействия психиатрии и общей медицины”.\\ Материалы международной конференции психиатров. Стр. 364 – 365. Москва – 1998 г.

6.Денисов И.Н., Косарев И.И. “О некоторых биоэтических аспектах новейших медицинских технологий”. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск №11. М. 1995 г.

7.Ивлева А.Я. “Превентивная фармакотерапия коронарной болезни сердца”. Стр. 84 – 87. Москва – 1998 г.

8.Косарев И.И. “ Этика пациента ”. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Стр. 103 – 108, Москва – 1993 г.

9. Косарев И.И. “Различные грани биоэтики” Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Стр. 93-98, Москва –1995 г.

10. Леви В., Кассирский И.А. “ О врачевании”. Журнал “Вопросы философии”, №1, стр.153, 1991г.

11.Михайлова О.Н. “Стиль жизни как категория: филослфский и социальныые аспекты”. Стр. 55-86. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Москва – 1993 г.

12.Михайлова Е.П., Михайлова О.Н. “Человек, как объект познания в философии и медицине”. Учебное пособие. Москва – 1992 г.

13. Портнова А. А. “ Специфика общения в психиатрической практике ”. Стр. 86 – 90. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Москва – 1993 г.

14. Ричард Ригельман “ Как избежать врачебных ошибок ”. Стр. 160 –183, Москва, 1994г.

15. Силуянова И.В. “Биоэтика: проблема статуса”. Стр. 160-170. Методологические и социальные проблемы медицины и биологии. Сборник научных трудов. Выпуск № 10. М., 1994г

16. Чазов Е.И. “ Психологические методы исследования в кардиологии”. Болезни сердца и сосудов. Том 1. Стр. 481 – 489. Москва – 1992 г.

17. Федцов В.Г. “Профессиональная этика и культура бытового обслужива-

ния”. Стр. 96 –97, 1984г.

18.Биоэтика: проблемы и перспективы. Вич Р. “Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений”. Стр. 36 – 47. Москва – 1992 г.

19. Brody H. The lie that heals: the ethics of giving placebos. *Ann. Intern. Med.* 97: 112 – 118, 1982.

20. Hahn S.R., Feiner J.S. The doctor-patient family relationship. A compensatory alliance. *Ann. Intern. Med.* 109: 884 –889, 1988.

21. Katz “ The silent world of doctor and patient ”. New York The Free Press, 1984.