

всеми богами и богинями, брать их в свидетели, исполняя крестно, соответственно своим силам и моему разумению, следующую присягу письменное обязательство: считать научившего меня врачебному искусству наравне с моими родителями, делиться с ними своими достоинствами и в случае необходимости помогать ему в его нуждах; его потомки считать

считать с
заботят
безо всяк
остальное
своего учин
и клятвы
Я напра
моими сил
прикине
никому пр
показру пр
какой зрен
буду пров
случае не о
предостав
какой бы
далек от



они
дно и
ки и все
новым
теством
другому.
но с
сь от
Я не дам
ва и не
уре вручу
мой болез
делом. В
ного, буду
того, особен

от любовных дел с зренцами и музренцами, свободными бабами. Чтобы при лечении - а также и без лечения - я увидел и не услышал касательно зренки людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо выполняющему клятву, да и будет дано счастье в зренке и в искусстве и

Этические проблемы современной медицины

СОДЕРЖАНИЕ

Некоммерческое партнерство "Медицинская ассоциация Архангельской области" (НП "МАОО")	6
Алексина Е.А., Тараскина З.И., Ившин И.В.	9
Трансплантация органов и (или) тканей человека: этические и правовые аспекты	
Андреева А.В.	13
Из истории этического кодекса медицинской сестры России и АМРАО	
Белоусова И.Г., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А.	19
Этические аспекты оказания медицинской помощи подросткам в условиях дневного стационара	
Бережная М.К.	23
Некоторые аспекты прикладной этики и права в медицине	
Богданова О.К., Зиновьева С.Е., Аксенова О.Ж.	29
Этический аспект в работе с семьями, воспитывающих детей с функциональными нарушениями	
Бугорская Т.Е., Гаинцева Н.О.	35
Опыт преподавания вопросов биомедицинской этики и деонтологии	
Булатников А.Н.	38
Функциональные компоненты этики профилактической деятельности в образовательной среде	
Гачегов М.А.	48
Вопросы деонтологии в амбулаторной практике педиатра	
Епифанова Е. В.	52
Этические и правовые проблемы медицины: истоки и современное состояние	
Залеток С.В.	58
Морально-этические и судебно-медицинские аспекты жестокого обращения с детьми	
Ившин И.В., Тараскина З.И., Гусаренко И.И., Алексина Е.А.	63
Актуальные проблемы эвтаназии	
Ившин И.В., Цыганова О.А.	69
Этические и правовые проблемы суррогатного материнства	
Иеромонах Александр (Усачев)	76
Милосердие. Две морфемы слова – «милость» и «сердце»	

Ипатова Е.С.	79
Этический кодекс медицинской сестры России в действии	
Коровкина И. В.	85
Этика в психиатрии	
Леус Э.В.	89
Аутодеструктивное поведение несовершеннолетних как социальная патология общества	
Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Антрушина Е.Ф.	95
Этические и деонтологические проблемы в обращениях граждан архангельской области	
Павлова А.Н.	99
Нравственное воспитание студентов медицинского вуза	
Павлова А.Н.	103
Проблемы взаимоотношений с родителями пациентов на педиатрическом участке	
Плаксин В.А., Жаринова О.Н.	105
Этические проблемы ухода за детьми с острым лейкозом	
Попов М.В.	111
Скрывать ли безнадежный диагноз от больного?	
Пышнограева Н.С.	115
Активный треугольник: медицинская сестра - этика – пациент	
Расторгуева Т.И.	118
Кодекс врачебной этики: поиск пути к нравственной медицине	
Рехачев В.П.	124
Этика и деонтология в хирургии	
Семенова О.Н., Наумова Е.А., Михневич Н.А., Мышкина М.Ю.	133
Приверженность к длительной терапии сердечно-сосудистых заболеваний: взаимодействие врача и пациента	
Цыганова О.А.	139
Гармония норм этики и права в медицине	
Цыганова О.А., Ившин И.В.	143
Право на рождение и смерть: морально-правовые проблемы	
Цыганова О.А., Нагибина З.А., Вострякова И.С.	148
Этические аспекты формирования личности врача	
Цыка Е.М., Патокина Т.И.	154
Характеристика ценностного отношения к здоровому образу жизни сотрудников ГБУЗ АО «СГП «Ягры» и членов их семей	

Чумакова Г.Н., Киселева Л.Г., Лобанова Е.В., Макарова А.А., Буланов Р.Л.	158
Формирование модели взаимодействия «врач - пациент» у студентов-медиков	
Шитикова А.М., Ипатова Е.С.	164
Сестринский взгляд на этические принципы работы в онкологии	
Якушева Е.Е., Якушев И.Б.	170
Ребенок и компьютер: социально-психологическая проблема	

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ ПАРТНЕРСТВО "МЕДИЦИНСКАЯ АССОЦИАЦИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ" (НП "МАО")

Президент, председатель Правления НП "МАО" – директор Института семейной медицины ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России	Попов Владимир Викторович, тел. 8(8182) 655-194, E-mail: fmi2008@mail.ru.
Заместитель председателя Правления НП "МАО" - директор ФГУЗ «Северный медицинский клинический центр им. Н.А. Семашко ФМБА России»	Кзакевич Елена Владимировна, тел. 8(8182)653841, E-mail: evkazakevic@gmail.com.
Заместитель председателя Правления НП "МАО" – главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 6»	Жигалов Сергей Николаевич, тел. 8(8182)234381, e-mail: 6gb@atnet.ru
Исполнительный директор НП "МАО" – главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская поликлиника № 2»	Лузанова Ольга Юрьевна тел. 8(8182)683835, e-mail: gp2s@atnet.ru
Представительства НП "МАО":	
Представительство НП "МАО" в г. Котласе – руководитель главный врач ГБУЗ АО «Котласская центральная городская больница им. святителя Луки (В.Ф. Войно-Ясенецкого)» В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях г. Котласа, г. Коржмы, Котласского, Вилегодского, Ленского, Красноборского, В-Тоемского районов	Есаусова Ирина Николаевна, тел. 8(81837)21057, e-mail: glavkcgb@atnet.ru
Представительство НП "МАО" в г. Вельске – руководитель заместитель главного врача ГБУЗ АО «Вельская центральная районная больница» В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях г. Вельска, Вельского и Устьянского районов	Макарова Светлана Федоровна, тел. 8(81836)62700, e-mail: makarovasf@bk.ru

<p>Представительство НП "МАО" в г. Мирном – руководитель главный врач ГБУЗ АО «Мирнинская центральная городская больница».</p> <p>В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях г. Мирного, Няндомского, Коношского, Плесецкого районов</p>	<p>Шарыпов Владимир Николаевич, тел. 8(81834)53320, 89632002555, e-mail: sharipov@muzcgb.ru</p>
<p>Представительство НП "МАО" в г. Северодвинске – руководитель главный врач ГБУЗ АО «Северодвинская городская больница № 1».</p> <p>В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях г. Северодвинска</p>	<p>Карташова Римма Николаевна, тел. 8(8184) 582294, 8(8184)582186, E-mail: hospital@atnet.ru.</p>
<p>Представительство НП "МАО" в п. Холмогоры – руководитель главный врач ГБУЗ АО «Холмогорская центральная районная больница».</p> <p>В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях Холмогорского, Приморского, Онежского, Пинежского, Мезенского, Лешуконского районов</p>	<p>Парфентьев Александр Николаевич, тел. 8(81830)33383, e-mail: kholmcdh@atnet.ru</p>
<p>Представительство НП "МАО" в г. Новодвинске – руководитель заместитель главного врача ГБУЗ АО «Новодвинская центральная городская больница».</p> <p>В состав Представительства входят члены ассоциации, работающие в лечебно-профилактических учреждениях г. Новодвинска</p>	<p>Хартуков Анатолий Валентинович, тел. 8(81852)43328, e-mail: ncgb@atnet.ru, ncgbsec@atnet.ru</p>
<p>Юридические лица, входящие в состав НП «МАО»:</p>	
<p>Ассоциация стоматологов Архангельской области</p>	<p>Президент - Горбатова Любовь Николаевна, (8182) 647918, e-mail: prorektorlr@nsmu.ru</p>
<p>Архангельская региональная общественная организация «Ассоциация медицинских работников общеврачебной практики</p>	<p>Президент - Рыжкова Надежда Николаевна, тел. +79115857539, E-mail: hopeperm@rambler.ru.</p>

Отделения НП «МАО»:	
Отделение врачей психиатров и психиатров-наркологов – руководитель отделения - главный врач ГБУЗ АО «Архангельский психоневрологический диспансер»	Яшкович Вера Анатольевна, тел. 8(8182) 242907, e-mail: yava@atnet.ru
Третейский суд НП «МАО»:	
Председатель Третейского суда НП «МАО» - доцент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы СГМУ	Цыганова Ольга Альбертовна тел: 8(8182)285784
Секретарь третейского суда Адрес суда: 163000, г. Архангельск, а/я 61, Третейский суд при НП «МАО».	Давыдова Светлана Николаевна, тел: 8(8182)285784 E-mail: medtretsud@gmail.com

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА: ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Алексина Е.А., Тараскина З.И., Ившин И.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

За последние десятилетия количество людей, нуждающихся в трансплантации, с каждым годом увеличивается. Актуальность этой темы в связи с данной тенденцией, не вызывает сомнений. Параллельно с этим возникает множество проблем, из которых на первое место выходят как правовые, так и морально-этические проблемы, которые требуют конструктивного решения. Возможна ли трансплантация прямо угрожающая жизни донора? Должен ли донор состоять с реципиентом в генетической связи? Приемлемо ли сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от процедур, которые поддерживают жизнь, с целью продления жизни другого?

Кроме того, своего разрешения требуют этико-правовые проблемы, возникающие при трансплантации органов и тканей человека; вопросы, связанные с взятием органов и тканей от живого человека и от трупа; вопросы, связанные с проблемой определения момента смерти человека и другие.

Лидерами трансплантологии на начальных этапах её развития являлись советские врачи, а в становлении операций на поток решающую роль сыграли американцы. Так, самую первую операцию в мире по пересадке почки осуществил в 1933 году советский хирург Юрий Вороной, но она не имела успеха. Началом же эпохи считается 1954 год, когда будущий лауреат Нобелевской премии американец Джозеф Мюррей выполнил успешную пересадку почки человеку, и 1967 год, когда американский хирург Томас Старзл выполнил первую успешную трансплантацию печени, а Кристиан Барнард из ЮАР выполнил удачную попытку пересадки сердца человеку в Кейптауне. Официально трансплантология была легализована в 1981 году, когда в отчёте президентской комиссии США «Определение смерти» были приняты разработанные в Гарварде в 1968 году критерии констатации

смерти — *Uniform Determination of Death Act (UDDA)*. Сегодня, следуя *UDDA*, в констатации смерти различают биологическую смерть человека и смерть мозга. Благодаря этому стали возможными пересадка сердца, лёгких, печени. Данный критерий позволяет забирать органы из тел пациентов, у которых мозг «необратимо» мёртв, а деятельность других систем — дыхание и кровообращения — поддерживается искусственными способами. Такая практика характерна для стран Европы и Америки.

В Российской Федерации, Конституция в статье 41 провозглашает право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь ^[1]. В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года в статье 47 указано: «Трансплантация (пересадка) органов и тканей человека от живого донора или трупа может быть применена только в случае, если другие методы лечения не могут обеспечить сохранение жизни пациента (реципиента) либо восстановление его здоровья» ^[2]. Одним из основных нормативно-правовых актов, регулирующих изъятие органов и тканей человека, является ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», в котором определены условия и порядок проведения трансплантации, перечень органов и (или) тканей – объектов трансплантации, в том числе оговорены условия изъятия органов и (или) тканей от донора – трупа ^[3].

Существенным недостатком данного закона является отсутствие в нем отдельной нормы, закрепляющей принципы (основополагающие идеи, руководящие положения) осуществления трансплантации. Однако эти основополагающие идеи могут быть выделены из анализа содержания ФЗ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» и некоторых иных нормативно-правовых актов. В частности, к их числу могут быть отнесены следующие: 1) органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли-продажи, в соответствии с УК РФ это влечет уголовную ответственность; 2) забор органов могут проводить лишь медицинские учреждения, определяемые в установленном Минздравом порядке, при этом должно гарантироваться, что подбор потенциального донора и констатация смерти будут происходить на высшем профессиональном уровне и выполняться с макси-

мальной степени ответственности; 3) коллектив, лечащий предполагаемого донора и устанавливающий смерть должен быть изолирован от коллектива, в функции которого входит трансплантация органов (тканей); 4) момент смерти определяет комиссия, в которую входит несколько специалистов, заранее выбранных для этой цели, т.к. определение момента изъятия органа тесно связано с другим важным вопросом – определением момента смерти человека ^[4]. Констатация смерти должна быть единогласной! Два последних принципа взаимосвязаны – главная идея, которую хотел выделить законодатель: отделить друг от друга реанимационный коллектив и коллектив, занимающийся вопросами трансплантации. В задачи и тех и других входит – борьба за жизнь человека: реанимационный коллектив – за жизнь умирающего, а трансплантационный – за возможность вернуть к нормальной жизни тяжелобольного человека, которому возможно помочь только пересадкой органа и все другие способы лечения уже тщетны. И если посмотреть на трансплантацию с позиции одной и другой сторон: с точки зрения трансплантологов – это стремление получить качественный трансплантат; со стороны реаниматологов – мотивировка: продление искусственно жизни безнадежному пациенту блокирует место для другого нуждающегося в помощи больного.

В руководстве по трансплантологии акад. В.И. Шумакова сказано: «Сущность трансплантации заключается в пересадке органов или тканей из одного организма другому. Во время этого оперативного вмешательства из организма удаляется больной орган, который не может нести своей физиологической нагрузки, и ему пересаживается здоровый от другого индивида» ^[6]. Последнему (его здоровью) причиняется определенный вред или даже смерть (при изъятии важного для жизни органа – печени, сердца, легких и т.д.). Источником трансплантатов может быть как живой человек, так и труп.

Для пересадки органа от живого донора должны быть соблюдены определенные условия: 1) согласие, как донора, так и реципиента; 2) отсутствие возможности оказания помощи реципиенту иным путем, кроме как, пересадки органа от живого донора, то есть абсолютные показания; 3) причинение донору меньшего вреда по сравнению

с устраненным для реципиента; 4) добровольный порядок забора донорского органа, т.к. органы и ткани не могут быть предметом «купли-продажи». Если даже одно из этих условий не может быть соблюдено, то донорство не должно иметь места.

Сложность решения вопросов о взятии донорских органов от живого донора заставила обратиться к другой возможности – использованию с целью трансплантации органов и тканей от трупа (умершего человека). Но и здесь возникает ряд этико-правовых проблем. Что считать моментом смерти и как установить его? Правомерность прекращения жизни донора, поддерживаемого с помощью реанимационных мероприятий, упирается в вопрос жизнеспособности его без реанимационных методов поддержания жизни. «С точки зрения медицины, наступление клинической смерти (остановка сердца, дыхания, потеря сознания) не может служить основанием для прекращения реанимационных мероприятий»^[5], т.к. патологические изменения во всех органах и системах носят полностью обратимый характер. Смерть мозга эквивалентна смерти человека. Смерть мозга проявляется развитием необратимых изменений в головном мозге, а в других органах и системах частично или полностью обратимых. Т.е. смерть головного мозга (с доказательством необратимости этого, зафиксированного консилиумом врачей) - главный решающий фактор для констатации смерти человека. Разрешение на пересадку органов от такого донора в случае, когда требуется судебно-медицинское исследование, должно быть дано судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора. Но при вопросе о разрешении пересадки, должна быть соблюдена презумпция согласия на изъятие органов и (или) тканей (ст.8 ФЗ РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека»). Она гласит: «Изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо, либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и или тканей после смерти для трансплантации реципиенту».

Вышеизложенное свидетельствует об исключительно сложной и общественно-значимой проблеме донорства органов и тканей, которая должна решаться очень осторожно как с правовых, так и с этических позиций. При этом весь спектр возникающих вопросов требует четкой регламентации, разработки детализированных нормативно-правовых актов, где бы рассматривались не только общие начала, правовой статус участников соответствующих правоотношений, но и конкретные механизмы реализации правовых предписаний с учетом морально-этических особенностей и специфики подобных отношений.

Литература.

1. Конституция Российской Федерации. Принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 г. // Российская газета. 2009. № 7. 21 янв.
2. Об основах охраны здоровья граждан в РФ. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ // Российская газета. 2011. № 7. 23 дек.
3. О трансплантации органов и (или) тканей человека. Закон РФ от 22.12.1992 г. № 4180-1 // Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 2. Ст. 62.
4. Красновский Г.Н. Биоэтические и уголовно правовые проблемы в Законе РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека» // Государство и право. 1993. №12. С. 72-73.
5. Громов А.П. Изъятие и заготовка органов и тканей для трансплантации // Судебно-медицинская экспертиза. 1992. №3. С. 4-7.
6. Трансплантология. Руководство/Под ред. акад. В.И. Шумакова. М., 1995. 673 с.

ИЗ ИСТОРИИ ЭТИЧЕСКОГО КОДЕКСА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ И АМРАО

Андреева А.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск,
АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Общероссийская общественная организация «Ассоциация медицинских сестер России» выпустила в 2010 г. новое издание Этического-

го Кодекса медицинской сестры России, в разработке которого на протяжении нескольких лет принимали участие представители многих региональных отделений, в т.ч. Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО).

Составителями Этического Кодекса медицинской сестры России в последней редакции являются доктор философских наук, кандидат медицинских наук А.Я. Иванюшкин и заместитель директора ФГОУ СПО Санкт-Петербургский медико-технический колледж ФМБА России В.В. Самойленко. Первый рецензент нового Кодекса - доктор медицинских наук, профессор Г.М. Перфильева, являющаяся одним из пионеров развития сестринского дела в современной России.

Разработка и принятие Этического Кодекса медицинской сестры Ассоциацией медицинских сестер России осуществлялись с учетом исторических закономерностей, подтверждающих важность реформы сестринского дела. Доцент А.Я. Иванюшкин подчеркнул, что Кодекс имеет особую значимость в контексте истории отечественной медицины, подчеркнув многообразие взглядов на данную проблему.

Резкое различие до- и послереволюционных ситуаций в сфере российского здравоохранения прошлого века невозможно описать, не изучив работы исследователей этических проблем того или иного периода. Многообразие мнений встречается по всем переломным историческим моментам. Часть авторов обращают внимание на 1913 год - «золотой год» в истории России, являвшийся самым стабильным по экономическим показателям. Другие исследователи ссылаются на 1917 год, ставший своеобразным рубежом для измерения этических норм во многих сферах.

Известно, что в 1920-е гг. организаторы советского здравоохранения трактовали профессиональную медицинскую этику как "буржуазный пережиток", многие были убеждены, что такое понятие как "врачебная тайна" для советской медицины неуместно. При модной тенденции тех лет на аббревиатуры понятие «медицинская сестра» предлагалось заменить на «помврача», «замврача» и т.д. Выражение «сестра милосердия» истреблялось из обихода как включающее в себя нечто религиозное, монашеское и несоответствующее задачам со-

ветского здравоохранения. Несмотря на реорганизации революционного и военного времени, огромная армия медицинских работников оставалась верна своему профессиональному долгу. Героический подвиг советских медиков подтвердился на полях сражений в период Великой Отечественной войны. В послевоенной советской стране вопросы медицинской этики стали активно подниматься только в 1960-е гг. Много вопросов вызвала в обществе «Присяга врача Советского Союза», изданная в 1971 г. и позже отредактированная.

Неоднократно поднимался вопрос о разработке присяги или кодекса поведения для средних медицинских работников. Этический Кодекс медицинской сестры России впервые был разработан по предложению Межрегиональной ассоциации медицинских сестер России при поддержке Американского агентства международного развития (USAID) и World Vision International.

Первая редакция Этического Кодекса принята в июне 1996 г. Третьей Всероссийской конференцией по сестринскому делу. Кодекс был рассмотрен Этическим комитетом России и одобрен Проблемной комиссией по сестринскому делу Управления учебными заведениями Мз РФ в апреле 1997 г. В этих мероприятиях принимала активное участие Раиса Грошева – основатель и первый президент Ассоциации медицинских сестер Архангельской области (АМСАО).

Первоначальный вариант Этического Кодекса медицинской сестры России был разработан на основе многих международных документов по медицинской этике. Важнейшими составляющими нового кодекса стали знания, полученные в результате сотрудничества с представителями Международного совета медицинских сестер. АМСАО была удостоена благодарности РАМС за вклад в международное сотрудничество.

Брошюра «Этический Кодекс медицинской сестры России» ратифицировали во многих регионах. В 1998 г. в Архангельской государственной медицинской академии (АГМА, ныне - Северный государственный медицинский университет, СГМУ) члены правления АМСАО впервые встретились со студентами факультета высшего сестринского образования, которые активно подключились к исследо-

ваниям по этике в сестринском деле разных специальностей. В тот же год началось исследование по истории сестринского дела на Европейском Севере России, ставшее связующим звеном для нескольких последующих исследований, в т.ч. по этическим вопросам.

Дальнейшая необходимость пересмотра и дополнения отдельных положений Этического Кодекса медицинской сестры России была вызвана интенсивным развитием медицинской науки, технологий и в т.ч. сестринской практики. Важной мотивацией стало заметное изменение общественных ценностей и взглядов на роль и место пациента в процессе оказания медицинской помощи. Члены АМСАО – АМРАО с каждым годом все шире представляли результаты исследований на российских и международных конференциях, участвовали и побеждали в профессиональных конкурсах, выигрывали гранты.

Настоящим прорывом по внедрению Этического Кодекса медицинской сестры стал тот факт, что с 2006 г. на базе Центра повышения квалификации медицинских работников Архангельской области началось чтение лекций по этике в сестринском деле на всех циклах. При поддержке руководства указанного Центра исполнительный директор АМРАО Елена Палатина расширила видение средних медицинских работников на этические проблемы.

В тот же период границы международного сотрудничества АМРАО вышли за рамки Баренц-региона. Многие исследования в сестринском деле осуществились благодаря поддержке коллег из Швеции, Норвегии, Финляндии и других стран, где на этические проблемы обращается особое внимание. В начале 2007 г. АМРАО в партнерстве с СГМУ проведен первый Российско-американский семинар, посвященный сестринским исследованиям, дающий новый ориентир для повышения качества медицинской помощи пациентам. Большое внимание американские коллеги уделили этическим вопросам в сестринских исследованиях. Доклад о реализации проекта «Научные исследования в сестринском деле в Архангельской области» на международном форуме в Индианаполисе (США) представила Наталья Червина. Впереди – продолжение сотрудничества членов АМРАО с

профессором Мари Драйвер, обучающей сестер по всему миру. Лейт-мотив таких встреч – этика в сестринском деле.

В 2008 г. стартовал образовательный российско-норвежский проект «Лидерство и менеджмент в условиях изменения системы здравоохранения на Северо–Западе России. Сертификационная программа для главных и старших медсестер». Проект стал чрезвычайно популярным и получил высокую оценку медицинских сестер, многие из которых в своих итоговых работах отразили разнообразные этические проблемы.

За прошедший период Этический Кодекс медицинской сестры России вошел в жизнь, стал частью сестринской профессии. Сестринское дело закрепило свои позиции, как практическая и научная дисциплина, как основа клинической практики более чем миллиона медицинских сестер нашей страны. Стали привычными понятия «сестринская помощь» и «сестринское вмешательство». В Архангельской области, как и по всей стране, появились медицинские сестры, имеющие ученую степень. Их работы рассматриваются на заседаниях этических комитетов, в т.ч. СГМУ.

В декабре 2008 г. на Всероссийском съезде средних медицинских работников в С.-Петербурге участники секции по этике обозначили необходимость пересмотра действовавшей редакции Кодекса. Предложения и дополнения членов региональных ассоциаций, в т.ч. и архангельской, были учтены при подготовке новой редакции этического кодекса медицинской сестры России. Новая редакция Кодекса была одобрена Всероссийской конференцией в сентябре 2010 г. по инициативе РАМС. Принимая во внимание важную роль профессии медицинской сестры; учитывая традиционно большое значение этического начала в медицине и здравоохранении; руководствуясь документами по медицинской этике Международного совета медицинских сестер и Всемирной организации здравоохранения, правление РАМС приняло Этический Кодекс в новой редакции.

Новый Кодекс медицинской сестры России, так же как и предыдущий, определяет и формулирует базовые этические ценности сестринского сообщества, не устанавливая жестких правовых норм. По-

ложения Кодекса дополнены моральной оценкой наиболее острых этических конфликтов. Высшей ценностью сестринской работы обозначены служение людям, верность принципам милосердия и приоритет интересов пациента.

В Архангельске презентацию нового издания Кодекса провели члены правления АМРАО в 2010 - 2012 гг. В их сообщениях на конференциях и семинарах акцент был сделан на этических принципах в сестринском деле и здравоохранении. Во многих медицинских учреждениях советами сестер подготовлена информация об универсальных принципах, включающих в себя милосердие, автономию, справедливость и полноту медицинской помощи с учетом специализации.

В настоящее время в АМРАО активно продолжается начатая работа. В 2012 г. началось исследование по этическим вопросам сотрудничества АМРАО с Архангельской и Холмогорской Митрополией. Развивается взаимодействие с благотворительными фондами и организациями, деятельность которых не противоречит Этическому Кодексу медицинской сестры России. Готовятся к старту нескольких международных проектов в содружестве с теми, кто уже давно поддерживает Ассоциацию и с теми, кто впервые познакомился с нашей работой.

Очередным подтверждением тому, что развитие международных связей позволяет расширить изучение этики в сестринском деле стала международная научно-практическая конференция «Лидерство и менеджмент в условиях изменения системы здравоохранения», которая организована АМРАО в ноябре 2012 г. На конференции в Архангельске присутствовали председатель Северной норвежской сестринской ассоциации Ханне Марит Бергланд и представители Университетской больницы Северной Норвегии. Зарубежные коллеги заинтересованы в продолжении проектов, особенно, в области исследования этических вопросов. Результаты состоявшихся российско-норвежского сотрудничества будут представлены в 2013 г. на международном конгрессе медицинских сестер в Мельбурне, где большой интерес вызвал постер о семинарах, отразивших многие этические вопросы.

Таким образом, основы деятельности АМРАО по развитию Этического Кодекса медицинской сестры России заложены с момента создания Ассоциации и успешно продолжают развиваться по настоящее время. Данное направление будет оставаться одним из приоритетных в дальнейшей деятельности крупнейшей общественной организации медицинских работников Архангельской области, в ряды которой приглашаются единомышленники.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Белоусова И.Г., Меньшикова Л.И., Игнатова О.А.

ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница»
Министерство здравоохранения Архангельской области

С учетом неблагоприятных демографических тенденций особую ценность представляет здоровье подростков. В современных условиях пребывание подростка в условиях круглосуточного стационара сопровождается жесткими режимными ограничениями, что часто вызывает протестные реакции, усугубляя течение болезни, создает определенные проблемы этического, психологического и даже юридического характера. В связи с этим обследование и лечение в условиях дневного стационара является предпочтительным как с экономической, так и с медицинской точки зрения.

Важнейшим аспектом оказания медицинской помощи детям и подросткам является соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии. Учитывая то, что врач при проведении диагностики вынужден вторгаться в наиболее закрытые стороны жизни подростка, преодолевать обостренное чувство стыда, характерное для этого возраста, а зачастую и сопротивление обследованию, роль этических и психологических моментов в работе педиатра очень велика. Пренебрежение правилами медицинской деонтологии, нарушение этических принципов порождает жалобы населения, неудовлетворенность ме-

дицинской помощью, недоверие к медицинскому персоналу, снижает авторитет врача.

Основные принципы этики и деонтологии закреплены в Этическом кодексе врача, который был принят на 1 Национальном съезде врачей (Москва, 2012г.).

В соответствии с приказом МЗ РФ №154 от 05.05.99г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» с 1999г. в детскую больницу г. Северодвинска подростки госпитализируются до достижения ими 18 лет. Койки дневного стационара в детской больнице развернуты с 2001года.

Под нашим наблюдением находилось 430 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, получающих лечение в условиях дневного стационара ГБУЗ АО «Северодвинская городская детская клиническая больница», в 2011-2012гг. По полу пациенты распределились следующим образом: девочек 214 (49,77%), мальчиков 216 (50,23%).

В структуре заболеваний 1 ранговое место занимали заболевания желудочно-кишечного тракта 151 (35,12%), 2 место – болезни нервной системы 128 (29,77%), 3 место – болезни глаз 71(16,51%).

В дневном стационаре медицинским персоналом соблюдались основные принципы этики сбора жалоб, анамнеза и осмотра. Известно, что основой этики анамнеза является внимательное выслушивание и деликатная постановка вопросов педиатром, а этика осмотра предполагает непричинение пациенту неприятных, особенно болевых ощущений, учет стыдливости детей, клиническую и деонтологическую обоснованность сложных инструментальных обследований.

В последние годы этическим правилом врачей всех специальностей является подробное информирование пациента или его законного представителя о сущности болезни, прогнозе, методах диагностики и лечения, а также связанных с ними возможных осложнениях. На приемном отделении больницы каждый пациент в письменном виде дает добровольное информированное согласие. Если возраст ребенка меньше 15 лет, то информация предоставляется его родителям или законным представителям. Если возраст пациента старше 15 лет, то информация предоставляется самому подростку, при этом учитыва-

ется право на конфиденциальность. Кроме того, при предоставлении информации родителям или законным представителям берется во внимание характер взаимоотношений с родителями, степень их компетентности. В некоторых случаях информация предоставляется или не предоставляется в зависимости от состояния здоровья ребенка, что неверно: этот фактор не должен влиять на полноту информации.

Всегда сложным для врача является сообщение неблагоприятного диагноза и прогноза. В большинстве случаев такой прогноз сообщался родителям, преимущественно матери, а подросток информировался лишь в общих чертах. Данная тактика объясняется тем, что пациент и его родители должны сознательно участвовать в лечении и соблюдении лечебно-оздоровительного режима.

Современные установки медицинской этики требуют от врачей обсуждения с родителями плана обследования и ведения подростка, с указанием различных методов диагностики и лечения, возможных осложнений при их проведении, а также подробного разъяснения режима и питания. Однако по нашим данным родители детей не всегда удовлетворены объемом получаемой информации. Для разрешения этой проблемы специально выделены дни для бесед с родителями, где они могут получить от врача исчерпывающую информацию по любому интересующему их вопросу. При этом сами подростки, как правило, не проявляют особого интереса к проводимым диагностическим процедурам и лечению.

Следует подчеркнуть, что медицинский персонал при работе с пациентами-подростками и их родителями часто испытывает трудности. Конфликты возникают с детьми преимущественно с рискован и девиантным поведением. Нарекания, как правило, обусловлены невыполнением назначений врача, несвоевременной сдачей анализов, нарушением режима дня и правил внутреннего распорядка. Другая трудность заключается в некорректном поведении самих родителей подростков, которые с одной стороны признают правонарушения своих детей, а с другой стороны – пытаются найти оправдания их недисциплинированности. Сообщенные причины действительно при-

сутствуют и мешают в работе врача, но они не должны препятствовать соблюдению принципов медицинской этики.

Госпитализация подростка в круглосуточный стационар обостряет выше названные проблемы. В связи с этим нами была проанализирована обоснованность госпитализации подростков в круглосуточный стационар, обоснована необходимость создания в детской больнице дневного стационара, разработаны показания для госпитализации в дневной стационар, алгоритмы диагностики и лечения при различной патологии. Анализ деятельности показал, что число госпитализированных в круглосуточный стационар подростков снизилось с 223 в 2001г. до 143 в 2012г., в то же время число пролеченных в дневном стационаре подростков увеличилось с 42 в 2001г. до 219 в 2012г.

На основании результатов проведенного анализа, непосредственного наблюдения за работой персонала отделения, а также учета сложившихся правил медицинской этики, отраженных в законодательных актах, этических документах и руководствах по медицинской этике, можно сделать ряд предложений по совершенствованию организационно-деонтологических аспектов организации медицинской помощи подросткам.

1. Организовать изучение Этического кодекса врача, принятого на 1 Национальном съезде врачей (Москва, 2012г).
2. Необходимо повышать знания персонала по вопросам медицинской этики путем организации семинаров и конференций, а также включить в программы курсов повышения квалификации для врачей и медицинских сестер изучение психологических особенностей подростков и соблюдения этических норм во взаимоотношениях с ними.
3. Проводить систематические разборы всех случаев нарушения этики и деонтологии на медицинских конференциях.
4. Разработать специальную памятку для подростков и их родителей, в которой наряду со справочными данными должны быть указаны права и обязанности пациентов и их родителей, а также этические правила их поведения в медицинском учреждении.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИКЛАДНОЙ ЭТИКИ И ПРАВА В МЕДИЦИНЕ

Бережная М.К.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Жизнь и ее сохранение всегда привлекали внимание общества. Несомненно, наука и техника в жизни современного человека занимает важное место, поэтому ставится задача переосмысления морально-правовых оснований науки, техники, технологии и особенно биомедицины. Современная медицина может влиять на жизнь общества такими способами, как: донорство органов и тканей, прекращение жизни на эмбриональных стадиях, вмешательство в репродуктивную функцию человека и др. «Подобные возможности вступают в противоречие с установившимися моральными ценностями и принципами. В силу этого противоречия и формируется биоэтика как система знания о границах допустимого манипулирования жизнью и смертью человека» [1]. С развитием общества появляются такие проблемы, как взаимодействие правовых и биоэтических аспектов в медицинской деятельности. Из-за отсутствия данного взаимодействия выявляются следующие проблемы: эвтаназия, донорство и трансплантация органов и тканей, суррогатное материнство и искусственное прерывание беременности и т.д.

С прогрессом медицинских технологий появилось несколько форм вмешательства в репродуктивную функцию человека. Первые служат для ограничения рождаемости (аборт, контрацепция), вторые – способствуют рождаемости (методы искусственного оплодотворения). Проблема аборта заключается в обосновании моральной допустимости или недопустимости аборта как практики вмешательства в жизнь человека на стадии внутриутробного развития. Главный вопрос: что есть эмбрион?! Существует множество мнений по этому поводу, которые обусловлены результатами современных исследований в области эмбриологии, генетики и неонатологии, в ходе которых

получены данные об особенностях эмбрионального развития человека.

Впервые упоминания об искусственном прерывании беременности были найдены в египетских папирусах. О них говорится в документах Римской империи, в трудах Гиппократ и Авиценны, в высказываниях Аристотеля и Цицерона. Уже с тех времен были противники аборта и те, кто за.

В настоящее время, даже с высоким уровнем развития медико-биологических наук, нельзя точно сказать, является ли эмбрион человеком. Если это так, то аборт – это преступление. Если же эмбрион не человек – значит, аборт допустим и является просто медицинской операцией.

Проблема эвтаназии занимает особое место в структуре биоэтики. Если возможность пересадки органов касается отдельных людей, аборт затрагивает некоторых, то смерть ожидает всех. Английский философ Фрэнсис Бэкон (1561–1626) ввел термин – «эвтаназия», то есть хорошая, спокойная и легкая смерть, без мучений и страданий. Эвтаназия, как явление, известна с глубокой древности. У некоторых первобытных племен существовал обычай убивать стариков, которые стали обузой для семейства. Так же эвтаназия получила широкое распространение в фашистской Германии, где умерщвляли новорожденных с «неправильным развитием», душевнобольных, больных туберкулезом или злокачественными новообразованиями, инвалидов, стариков.

Существует 2 формы эвтаназии: пассивная и активная. Суть первой состоит в том, что больному перестают оказывать медицинскую помощь. Под активной эвтаназией понимают введение умирающему каких-либо средств, которые ведут к быстрой и безболезненной смерти.

Истории известен случай про патологоанатома Джека Кеворкян, который был известен как «доктор-смерть». Он изобрел «машину смерти» - аппарат, который вводил смертельную дозу препарата пациенту. Рассматривая этот случай, нельзя не вспомнить слова из клятвы Гиппократ: «Я не дам никому просимого у меня смертельно-

го средства и не покажу пути для подобного замысла». С медицинской и морально-этической точек зрения различные взгляды на эвтаназию привели к противоречивой юридической оценке этого явления, нашедшего отражение в законодательствах ряда стран. Например, в Швеции и Финляндии пассивную эвтаназию не считают противозаконной. В Голландии эвтаназия узаконена инструкцией от 14 апреля 1994 года, принятой парламентом. В Англии, напротив, был принят закон о запрещении любой эвтаназии в медицинской практике.

В России законодательно запрещены все формы эвтаназии. В статье 45 ФЗ № 323 РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.11 года сказано: «Медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии – удовлетворение просьбы больного об ускорении его смерти – какими-либо действиями или средствами, в том числе прекращением искусственных мер по поддержанию жизни ...». Но нельзя выпускать из виду и статьи 30, 32, 33 этого же федерального закона. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина (ст. 32). Гражданин или его законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, даже если оно начато на любом этапе его проведения (ст. 33). Право на отказ от медицинского вмешательства предусмотрено также и в статье 30 «Права пациента». Поэтому больной имеет право отказаться от лечения, но при этом возникает ряд вопросов. Можно ли считать отказ от лечения правом на пассивную эвтаназию? И будет ли привлечен медицинский работник к уголовной ответственности за неоказание помощи больному (ст. 124 УК РФ). Ответы на эти вопросы весьма противоречивы.

Всем уже давно известно, что в нашей стране очень остро стоит демографическая проблема. Уже более 10 лет в нашей стране отрицательный прирост населения. По медицинской статистке, более 20% всех супружеских пар не обладают естественной способностью к рождению детей. С развитием медицины появились решения этой проблемы, которые представлены вспомогательными репродуктивными технологиями (ВРТ). ВРТ - это методы терапии бесплодия, при кото-

ром отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма. Они включают: экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов в полость матки, донорство спермы, донорство ооцитов, суррогатное материнство, искусственную инсеминацию спермой мужа (донора).

Суррогатное материнство – новый институт, который появился в конце 20 века. Данная программа дает шанс иметь ребенка женщинам, которые в силу каких-либо определенных причин не могут иметь детей. Смысл суррогатного материнства: ребенка вынашивает не сама генетическая мать, а специально подготовленная для этого другая женщина. Эти женщины проходят строгий отбор (показатели здоровья и наличие своих детей). Данное явление имеет проблемы не только правового характера, но и этического. Как и у любой биоэтической проблемы, у нее есть противники и сторонники. Противники считают, что суррогатное материнство превращает детей в товар; они утверждают, что материнство становится при этом договорной работой. Нельзя забывать о том, что некоторых суррогатных матерей может психологически травмировать необходимость отдать "своего" ребенка после установления связи с ним. Последние же смотрят на эту проблему по другому. Они считают, что это единственный способ получить ребенка, который будет генетически "своим" для мужа для бездетной семьи. Сторонники суррогатного материнства утверждают, что женщина, добровольно решившая стать суррогатной матерью, получает за выполнение этой роли достаточную материальную компенсацию, а также моральное удовлетворение от приносимой обществу пользы. Специальная комиссия Американского общества по борьбе с бесплодием (1986) выразила по поводу "суррогатного материнства" "серьезные сомнения этического характера, которые не могут быть сняты, пока не будет получено достаточных данных для оценки опасности и возможных преимуществ обсуждаемой процедуры".

Отношение к институту суррогатного материнства в различных государствах не является одинаковым. Во Франции и Германии, например, суррогатное материнство полностью запрещено. В Дании,

Израиле, Канаде, Великобритании оно – легально при определенных условиях. Вместе с тем в ряде государств – в большинстве штатов США, Австралии, ЮАР, в Узбекистане, Грузии, Республике Беларусь – данное явление получает все большее распространение. В нашей стране суррогатное материнство разрешено (статья 55 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации") и, более того, становится все более популярным.

Исходя из всего выше сказанного, можно сделать вывод, что суррогатное материнство является глобальной проблемой во всем мире и ни в одной стране четко не отрегулированы ни правовые, ни моральные ее аспекты.

В 60-х годах прошлого века на стыке иммунологии и генетики родилась трансплантология. Сами по себе операции по трансплантологии являются доступными, но для широкого внедрения этого вида лечения препятствует ряд организационных медицинских, юридических и морально-психологических проблем. Основная проблема любой трансплантологии упирается в донорство. Донорство — добровольное предоставление части крови, ее компонентов, а также других тканей или органов для лечебных целей. Девиз трансплантологии: "Уходя из этой жизни, не забирай с собой органы. Они нужны нам здесь". Исследователи Ллойд Коэн и Генри Хэнсмэн предлагают создать «фьючерсные рынки» человеческих органов. Принцип заключается в следующем: потенциальные доноры получают материальную компенсацию, однако расстаются с органом лишь в случае своей смерти. В США идея о создании рынка человеческих органов непопулярна из-за морально-этических соображений.

В большинстве европейских стран человек считается донором органов по умолчанию. Если европеец не желает быть донором, он должен официально заявить об этом. В США ситуация противоположная: каждый потенциальный донор обязан проинформировать власти о подобном желании. В России ФЗ "О трансплантации органов и (или) тканей человека" от 22.12.1992 N 4180-1 запрещает любые формы торговли органами, в том числе и предусматривающие скрытую форму оплаты в виде любых компенсаций и вознагражде-

ний. Он предусматривает две формы донорства: органы могут быть изъяты как у умершего человека, так и у живого. В первом случае удаление органов возможно лишь при условии, что умерший не оставил письменного несогласия на такое изъятие. Однако и тогда его родственники имеют право заявить, что такие возражения у него имелись, либо просто не дать согласия на донорство. Трансплантация органов от живого донора может осуществляться только в том случае, если сохранение жизни реципиента не могут гарантировать другие медицинские средства. Взрослый человек может добровольно и безвозмездно отдать для пересадки парный орган, его часть или ткань, отсутствие которых не влечет необратимого расстройства здоровья. Донор должен дать письменное согласие на операцию, которое означает, что человек информирован обо всех факторах риска, которому он подвергается во время операции и после нее. Однако сам вопрос о возможности донорства решается консилиумом врачей-специалистов, который должен установить, что значительного вреда здоровью донора операция не принесет.

Таким образом, прикладная этика решает вопросы, связанные не только с медициной или наукой в целом, но и с обществом. Как оно будет реагировать на то, или иное решение проблемы.

Литература:

1. Базанов П.А. Суррогатное материнство – блажь или выход из тупика? / П.А. Базанов // Женское здоровье. 2006. №1. С. 7.
2. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник / Ю. М. Хрусталева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с.
3. Коммерческая биотехнология [Электронный ресурс]: URL: <http://www.cbio.ru/> (дата обращения 01.03.2013).
4. Коновалова Л.В. Правила и исключения. Дискуссии об этических проблемах аборта. / Биоэтика: принципы, правила, проблемы. - М.: Эдиториал УРСС. 1998. 154 с.

ЭТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ В РАБОТЕ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Богданова О.К., Зиновьева С.Е., Аксенова О.Ж.

Муниципальное бюджетное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Опорно-экспериментальный реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями», г. Архангельск.

Муниципальное бюджетное учреждение муниципального образования «Город Архангельск» «Опорно-экспериментальный реабилитационный центр для детей с ограниченными возможностями» (Центр) создан в 1996 году с целью обучения, лечения и социальной адаптации детей с детским церебральным параличом любой степени тяжести, заболеваниями опорно-двигательного аппарата и нервно-мышечной системы.

Центр, реализует комплексную программу сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, включая детей с инвалидностью в возрасте от момента рождения до окончания образовательной программы. На территории города Архангельска деятельность Центра содействует органам опеки и попечительства в вопросах профилактики социального сиротства, жестокого обращения с детьми, имеющих функциональные нарушения развития

Любая семья с момента рождения ребенка испытывает много трудностей, особенно, если у него проблемы со здоровьем. Практика показывает, что функциональные нарушения ребенка - это серьезная травмирующая ситуация для родителей и ближнего окружения семьи. Мама, как правило, первая узнает о диагнозе. Именно в этот момент важна психологическая поддержка семьи. Следует обращать внимание на чувства, которые испытывают родители? Что их волнует? Есть ли поддержка мужа, бабушек, дедушек? Об этих вопросах должен помнить персонал (врачи, медицинские сестры, санитарки и регистраторы и т.д.) родильных домов, детских стационаров и поликлиник.

Для родителей нарушения здоровья их ребенка - тяжелое испытание. У родителей не реализовываются ожидания с рождением малыша. Функциональные нарушения ребенка отражаются на развитии привязанности между родителями и ребенком. Изменяются отношения между родителями, как супругами и взаимодействия с другими родственниками. Долгое время они находятся в стрессе. Важно, чтоб семья вовремя получила информационную и психологическую поддержку.

Специалисты Центра, на момент его открытия не задумывались над этими и многими другими вопросами. Просто не хватало знаний о системе оказания реабилитационной помощи данной категории детей. В институтах не давали специальных знаний, в том числе и по этике в социальной сфере. «Что значит уважать? Быть ответственным?... или быть профессионально включенным в индивидуальную программу развития ребенка?» Это может остаться формальностью или это поможет ребенку стать более функционально активным в процессе работы с ним. С 2000 года мы стали активно изучать принципы абилитации и программы раннего вмешательства, сотрудничая с Санкт-Петербургским институтом раннего вмешательства и специалистами из Швеции. Именно две эти программы дали очень много знаний по этике взаимоотношений с ребенком, его родителями и внутри междисциплинарной команды специалистов.

Ребенок – это личность, которую необходимо уважать. Это не громкие слова, а отношение к нему не как к человеку с нарушениями. В его ограничениях важно найти сильную сторону, которая позволит ему стать более функционально активным. Уважать - значит уметь ждать ответа от ребенка, чувствовать, когда он устал, спрашивать разрешения, чтобы взять на руки, раздеть, помочь справиться с действием и т.д. Это приходит с опытом. Помощь ребенку должна его функционально обогащать, а не превращать в «безмолвную куклу», за которую взрослый (здоровый) человек принимает решения. Во время работы постоянно приходится учиться. Каждый ребенок - это новая программа помощи. Специальные коммуникативные потребности, тяжелые двигательные нарушения, психические расстройства, генети-

ческие нарушения, врожденные пороки, дети с множественными нарушениями развития и не одного готового рецепта для междисциплинарной команды специалистов Центра.

Ориентируясь на принцип семейноцентрированности, мы определяем для себя главную цель: ребенок должен остаться жить в семье. Хотя долгое время в России считалось, что если рождается ребенок с тяжелыми нарушениями развития, или, например, с синдромом Дауна, то его лучше отдать в государственное учреждение, тем самым облегчая жизнь родителям: «...вы еще молодые, родите себе здорового...». Стереотипность мышления приводит к необоснованным, грубым прогнозам: «...вряд ли он сможет развиваться, будет как «овощ», не сможет узнавать близких и говорить...». Под влиянием общественного мнения и «псевдосоветов» некоторые родители отказываются от ребенка... Что чувствуют родители? Что происходит в семье после отказа от ребенка? Кто оказывает поддержку родителям после процедуры отказа? Научные исследования последних десятилетий и наш практический опыт показывают, что только любовь близких, формирующаяся привязанность, являются определяющими факторами развития ребенка. Родильные дома города Архангельска это первый этап, когда начинается помощь семье. Туда выезжает команда специалистов отделения раннего вмешательства для установления контакта с родителями, снижения уровня эмоциональной напряженности, информационной поддержке о диагнозе, планирования программы сопровождения в условиях Центра.

В нашей практике были случаи, когда в семье решался вопрос о сохранении ребенка в период беременности. Например, звонок плачущей мамы с вопросом «что делать?». По УЗИ исследованию был определен порок развития. Родственники беременной женщины настаивали на прерывании: «зачем нам урод?». Будущая мама находилась в состоянии горя. Очень хотела ребенка и не могла самостоятельно сделать выбор. Семья была приглашена на консультацию в Центр. Как оказалось, порок был незначительным, при должной информационной и психологической поддержке ребенок был сохранен,

получал сопровождение в отделении раннего вмешательства после рождения. Сейчас посещает массовый детский сад.

Профессионалы Центра имеют специальную подготовку по пациентцентрированной коммуникации и опыт ведения семей, имеющих детей с различными нарушениями, что дает возможность успешно провести первую встречу и вовлечь семьи в реабилитационный процесс. Этика взаимоотношения с родителями требует от специалиста особой тактичности и внимательности. Очень важно наладить доверительные отношения с родителями. Именно психологическая помощь им нужна в первую очередь. Сотрудники Центра знают, что родители могут давать выход накопившимся чувствам горя и озлобления, им это необходимо. Но профессионалы не могут на эти чувства ответить тем же. Кроме того, важно уважать родителей независимо от их внешнего вида, имеющихся особенностей в поведении, уровня интеллекта, их функциональных нарушений, всех имеющихся социальных неблагополучий... Доброжелательность, честность, вежливость и открытость, четкость в формулировке только помогают в коммуникации с родителями.

Первым и самым важным критерием эффективности работы специалистов Центра является то, что ребенок остается жить в семье, а родители нацелены на развитие ребенка.

Но, к сожалению, не все семьи начинают получать поддержку в Центре с рождения. Многие из них приходят в наши программы после периодов лечения в стационарах, поликлиниках, посещения медико-социальной экспертизы и социальных служб города. Следует отметить, что родители получают негативный опыт, становятся более замкнутыми (иногда просто не смотрят в глаза) боятся очередной «порции» негативной информации о состоянии ребенка и их собственной «оценки». В таких случаях реализовывать наши программы становится сложнее.

В индивидуальные программы реабилитации детей мы включаем аспект работы с окружением. В рамках данного аспекта мы встречаемся со специалистами разных учреждений города, обсуждаем особенности развития детей и совместного сопровождения семьи (семи-

нары, консультирование, телефонные переговоры и видеосессии). Каждая такая встреча позволяет нам распространять нашу идеологию. Уже два года назад началось серьезное сотрудничество с медицинским персоналом ГБУЗ АО «Областная детская клиническая больница им. П.Г. Выжлецова», инициатором выступила профессор Г.Н. Чумакова.

После программы раннего вмешательства, когда ребенку исполняется три года, семья и ребенок получают поддержку в группах для детей дошкольного возраста, в отделениях: адаптации и индивидуального развития, восстановительного лечения и психологического сопровождения. До недавнего времени мамы (как правило), которые растили ребенка с тяжелыми множественными нарушениями, не могли выйти на работу по истечению срока ухода за ребенком. Открытие разных вариантов групп для детей дошкольного возраста позволило повысить социальную значимость родителей, изменить качество жизни ребенка и семьи, что соответствует принципу нормализации реабилитационной программы. Нормализация жизни – это когда семья имеет возможность жить как все: ходить на работу, ребенка отводить в детское учреждение, быть социально активными, а у ребенка появляется возможность быть в среде сверстников, включаться в совместную деятельность, проявлять свои возможности и выбирать то, что он хочет.

Очень часто специалисты разных учреждений и специальностей забывают, что родители являются самыми компетентными экспертами в развитии и воспитании своего ребенка. Наша задача сделать так, чтобы родители поверили в себя, в свои знания о ребенке, нашли в себе силы и стали полноправными членами междисциплинарной команды и нашими партнерами.

Многие семьи говорят о том, что они чувствовали себя одинокими в своем горе, думают, что только их семья попала в такую ситуацию, испытывают чувство вины по отношению к своему ребенку, разочарование и растерянность. Индивидуальный реабилитационный план работы с семьей предусматривает реализацию родительской потребности узнавать о таких же семьях, знакомиться, проводить вме-

сте время, делиться идеями и знаниями. Задача специалистов Центра - создать условия для использования родительского ресурса: творческие мастерские, семинары, совместные занятия, фокус-группы и др. Все это позволяет эффективнее включать родителей в программы сопровождения.

Не следует забывать об этике взаимоотношения специалистов. Командная форма работы помогает профессионально совершенствоваться, оказывать поддержку друг другу, эмоционально восстанавливаться, искать новые ресурсы для профилактики усталости и снятия напряжения. При этом командная форма работы требует тактичности, выдержки, ответственности в отношении к своим коллегам. Наряду с этическими стандартами взаимодействия специалистов внутри коллектива, конечно, нужно помнить об этике взаимодействия специалистов с социальными службами, лечебными и образовательными учреждениями, общественными организациями города. Центр не может удовлетворить все потребности семьи и ребенка, они получают помощь и в других учреждениях города. Все, кто участвует в помощи семье, должны честно разделять ответственность между собой, а не перекладывать ее на «соседнее учреждение» - «...они вас поставят на ноги», «...там такие специалисты....». За семнадцать лет работы Центра сформировалась идеология работы Центра, основанная на гуманистических принципах, которые не являются «книжными». Мы верим в возможности наших детей, а дети влияют на наше профессиональное мышление, чтобы мы были гибкими в разработке познавательной, двигательной, языковой и социальной программ поддержки. Родители, являясь самыми компетентными людьми в области познания своих детей, становятся основными членами команды в их сопровождении. Они помогают персоналу и верят, что специалисты применяют имеющиеся профессиональные знания, стараются повышать свою квалификацию и использовать современные методики в развитии детей».

Мы хотим, чтобы все люди верили в то, что каждый ребенок имеет право на Жизнь и на жизнь в семье.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Бугорская Т.Е., Гаинцева Н.О.

ГАОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения», Пермь

Сегодня вследствие активного внедрения в медицину новых технологий, вдруг обнаружилось большое количество необычно сложных, иногда противоречивых проблем, появилось множество вопросов, порожденных практикой и требующих ответов. Медицина сегодня становится качественно иной, не только более технологически оснащенной, но и более чувствительной к правовым и этическим аспектам. В процессе оказания помощи медицинский работник принимает решения, требующие не только профессиональной медицинской, но и этико-правовой и философско-этической подготовки. Важное место в профессиональной подготовке медицинского персонала и, прежде всего, среднего звена занимает раздел «Биомедицинская этика», целью которого является развитие нравственно-правовой культуры медицинского работника. Система дополнительного профессионального образования является одним из неотъемлемых элементов поддержания практического здравоохранения на высокопрофессиональном уровне.

Коллективом Пермского краевого центра повышения квалификации работников здравоохранения, накоплен достаточно большой опыт использования в работе современных технологий, инновационных форм и методов обучения. Особенностью преподавания в Центре является работа с взрослыми слушателями, имеющими немалый профессиональный и жизненный опыт. Обучение специалистов базируется на принципах андрагогики – науки, которая предполагает активное взаимодействие обучающихся и обучаемых на всех этапах образовательного процесса.

Занятия по разделу «Биомедицинская этика» строятся в форме внутригрупповых или межгрупповых конференций, семинарских занятий, проведения ролевых игр и решения ситуационных задач.

Для проведения конференций слушателям предлагается перечень следующих тем:

- основы биомедицинской этики и деонтологии (автономия личности пациента, информированное согласие на основе добровольности, конфиденциальность, уязвимость, справедливость и другие).

- проблемы моральных принципов и ценностей в профессиональной деятельности медицинских работников (добро и зло, страдание и сострадание, долг и совесть).

- вопросы, связанные с современными достижениями в медицине (трансплантация, искусственное оплодотворение, эвтаназия, генные технологии).

Докладчики из числа слушателей освещают основные этические понятия и теории, проблемы и принципы биоэтики. Участники конференции в форме дискуссии, обсуждают злободневные вопросы, обмениваются личным опытом. Проведение занятий в форме конференции позволяет аудитории не только выступать в роли пассивных участников учебного процесса, но и активно принимать участие в подготовке материалов и их обсуждения. Наибольший интерес вызывают конференции с участием компетентных специалистов (представители духовенства, психологи, практикующие врачи, сотрудники хосписа). Проведение подобных встреч способствует формированию междисциплинарного подхода в изучении предмета.

На семинарские занятия, как правило, выносятся темы, которые затрагивают юридические, нравственные, психологические и политические проблемы. Слушатели анализируют конкретные ситуации, которые представлены в виде задач. Это способствует поиску решений сложных жизненных и производственных проблем. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающийся должен определить проблему, в чем она состоит, обозначить свое отношение к ситуации и принять решение.

При обсуждении вопросов медицинской деонтологии затрагиваются наиболее часто встречающиеся жизненные ситуации, в которые может попасть медицинский работник. Это занятие проводится в форме деловой игры, в процессе которой имитируется конфликтная

ситуация, сопровождающаяся естественной эмоциональной напряженностью, что создает повышенный интерес к ходу игры. Участники ее могут показать не только профессиональные знания и умения, но и эрудированность, такие черты характера как решительность, оперативность, коммуникабельность, инициативность. Каждый из участников может в процессе обсуждения соглашаться или не соглашаться с мнением других. Есть возможность высказать свою точку зрения с позиции «я - пациент», «я - медицинский работник», «я – родственник больного». Проведение подобных игр позволяет найти компромисс между фигурантами, интересы которых могут не совпадать.

Преподавателями Центра также накоплен положительный опыт сотрудничества с музеем истории медицины Прикамья. Проведение экскурсий расширяет информационный кругозор, показывает значимость сестринской профессии, вызывает уважение к предыдущим поколениям медицинских работников и формирует нравственные чувства, такие как гордость за свой край и профессию.

Доброй традицией в Пермском краевом центре повышения квалификации работников здравоохранения стало проведение конкурсов профессионального мастерства. В программу конкурса, как правило, включаются и задания по биомедицинской этике в виде конкурса-разминки, решаются ситуационные задачи, подводятся итоги фотоконкурса. Такие состязания среди конкурсантов играют важную роль в повышении престижа профессии медицинской сестры, раскрывают творческий потенциал, способствуют укреплению взаимоотношений в коллективе.

Известно, что основной целью последипломного образования является совершенствование профессиональных компетенций специалистов - практиков, формирование их творческой активности. На наш взгляд изучение и обсуждение вопросов биомедицинской этики и деонтологии, особенно актуально в наши дни, когда медицина обладает небывалым ранее арсеналом средств, которые могут быть использованы как во благо, так и во вред не только конкретному человеку, но и всему человечеству. Сегодня, когда сформировался своего

рода кризис доверия к медицинским работникам, необходимо помнить, что никакая техническая вооруженность современного здравоохранения не заменит чуткого сердца врача и медицинской сестры, их открытой души.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЭТИКИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Булатников А.Н.

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Современная наркоситуация в Российской Федерации характеризуется расширением масштабов немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, что представляет серьезную угрозу здоровью нации, экономике страны, правопорядку и безопасности государства [2]. Эпидемиологическая ситуация усугубляется тем, что большинство потребителей психоактивных веществ (ПАВ) составляют подростки и молодежь. По данным мониторинговых исследований к 15-летнему возрасту 60-80% детей имеют опыт употребления ПАВ. Особенности психологического и физиологического функционирования организма молодого человека на фоне современных негативных социальных тенденций приводит к определенным расстройствам поведения, которые связаны с приобщением к ПАВ. Одной из наиболее активных составляющих процесса профилактики зависимости от ПАВ в Российской Федерации является система образования [3]. Низкая эффективность профилактической работы, которая проводится в образовательной среде, объясняется отсутствием системной инфраструктуры, несоответствием содержания специфическим требованиям, недостаточностью взаимодействия специалистов различного профиля, прогибационизмом направленности и иррелевантностью практических воздействий и минимизацией активной ориентации на позитивную деятельность в сфере профилак-

ки. При решении задач профилактики употребления ПАВ несовершеннолетними и молодежью в образовательной среде необходимо развитие содержательных, научных, методических оснований профилактической деятельности в соответствии с реалиями современного этапа развития общества. Организация и реализация профилактической деятельности в образовательной среде осуществляется на основе следующих принципов: легитимности, системности, целостности, многоаспектности, адекватности, динамичности и эффективного использования ресурсов участников профилактики [3].

Повышение эффективности профилактической деятельности тесным образом сопряжено с этическими принципами и правилами, которые формируют необходимые условия поддержания и совершенствования профессионализма, а также гуманистическую направленность действий. Одним из положений этического кодекса российского врача является оказание превентивной медицинской помощи всеми легальными способами, осуществляя просветительскую деятельность по вопросам медицины, гигиены, экологии и культуры общения. При этом главное условие врачебной деятельности - профессиональная компетентность [4]. Этика профилактической деятельности подразумевает профессиональную реализацию программ профилактики в соответствии с базовыми стратегическими, концептуальными, организационными и методическими функциями на основе принципиального соблюдения регламентирующих требований константного, вариативного и личностного функциональных компонентов.

Константный компонент определяет единые требования и условия, обеспечивающие качество профилактической деятельности в образовательной среде. Цель профилактики в образовательной среде – развитие на постоянной основе инфраструктуры и содержания профилактической деятельности, направленной на минимизацию уровня вовлеченности в употребление ПАВ обучающихся, воспитанников образовательных учреждений [3]. Одним из принципов государственной политики в области противодействия незаконному обороту наркотиков является приоритетность мер по профилактике наркомагии и стимулирование деятельности, направленной на антинаркоти-

ческую пропаганду [1]. Всемирная организация здравоохранения рекомендует стратегическую формулу организации профилактической деятельности:

1. Меры, направленные на борьбу с незаконным оборотом ПАВ - «политика снижения предложения».
2. Меры, направленные на предотвращение употребления ПАВ и развития зависимости от них, а также уменьшение вредных последствий употребления - «политика снижения спроса».

Стратегический путь профилактики в контексте политики снижения спроса заключается в том, чтобы: 1) знать свои потребности; 2) быть в состоянии самостоятельно дезактуализировать потребности; 3) быть в состоянии воспользоваться доступными ресурсами социального окружения; 4) уметь сублимировать потребностные состояния [5, 7, 9, 10].

Потребность – особая форма отношения живого к окружающей среде, выражающая необходимость и предполагающая возможность избирательного его взаимодействия с некоторыми элементами этой среды с целью пластического, энергетического, информационного обеспечения и поддержания целостности как условий самосохранения, размножения, естественного отбора. Потребности человека характеризуются тем, что он выступает по отношению к среде обитания как целостный и преобразующий по активности фактор. Этим объясняется способность личности в той или иной мере, и преобразовывать среду, и приспосабливаться к ней [11].

Парадигмой профилактической деятельности является не распространение информации о предмете, а формирование убеждений, выработанных в результате приобретения знаний. Этика профилактической деятельности основывается на общечеловеческих моральных и нравственных ценностях. Основная задача любых профилактических мероприятий – превращение объекта профилактики («носителя» проблемной ситуации) в субъект осознанных аутовоздействий с целью коррекции когнитивных, эмоциональных и поведенческих стереотипов.

В настоящее время разработан проект Стандарта профилактической работы в образовательной среде, направленный на реализацию первичной профилактики в образовательной среде [12]. Стандарт регламентирует профилактические воздействия в процессе их практической реализации в основных целевых группах.

Основными целевыми группами являются: учащиеся; педагогические работники; члены семей учащихся; значимые другие лица для учащихся. Цикл профилактических воздействий, предусмотренных государственным стандартом, осуществляется, как правило, на протяжении учебного года для всех целевых групп, включенных в профилактические программы. Целевая группа - выделенная совокупность людей на основании определенного набора биологических, психологических, социальных, профессиональных, личностных или других признаков. Используемые коррекционные подходы должны соответствовать целям профилактической деятельности, половозрастной характеристике целевой группы, её психологическому состоянию, а также инфраструктурным условиям мероприятий.

Эффективная профилактическая деятельность в образовательной среде начинается с объективной диагностики реального функционирования конкретного человека или определённой целевой группы. Необходимо провести ревизию основных аспектов образа жизни на предмет выявления наличия возможных факторов риска, ведущих к формированию зависимости от ПАВ. Диагностика факторов риска является константным мероприятием профилактики, а отработка и дезактуализация конкретного риска становится предметом вариативной работы. Именно объективные, реально существующие факторы риска и определяют конкретную цель и задачи профилактической деятельности, направленной на снижение влияния факторов риска, связанных с употреблением ПАВ.

В ходе организации и реализации профилактических воздействий осуществляется оценка эффективности этих мероприятий. Каждое профилактическое мероприятие должно оцениваться в своих собственных условиях и с учетом диапазона возможных наблюдаемых эффектов. Однако основной показатель эффективности – это

оптимальное функционирование личности в нормативном окружении. С этической точки зрения алгоритм профилактической деятельности должен соответствовать константной модели: диагностика – мероприятие – диагностика.

Наряду с вышеописанными стратегическими, стандартными и диагностическими инструментами этики профилактической деятельности, в структуру константного компонента входят такие принципиально значимые составляющие профилактики как позитивная направленность и профессионализм специалистов.

Позитивная профилактика ориентируется не на патологию, а на потенциал здоровья - освоение ресурсов психики и личности, поддержку молодого человека и помощь ему в самораскрытии. Стратегическая цель позитивной профилактики состоит в воспитании психически здорового и личностно развитого человека, способного самостоятельно справляться с жизненными проблемами, не нуждающегося в приеме ПАВ, и подразумевает интенсивное развитие и саморазвитие личности в позитивном направлении. Имеется в виду развитие способности к самостоятельному распознаванию и удовлетворению психологических и физиологических потребностей, что ведёт к успешному прохождению этапов жизненного цикла.

Специалист профилактической деятельности обязан обладать высоким уровнем профессионально-этической культуры. Уровень профессионализма определяется не только теоретическими знаниями, методологической и методической подготовкой, но и способностью строить свою деятельность с учетом этических норм. При этом сама необходимость постоянной и систематической профессиональной подготовки и совершенствования, определённая в действующих законодательных актах, отражает интернальный этический статус специалиста профилактической деятельности.

Важным аспектом эффективной реализации профилактической работы с целевыми группами является тщательный подбор кадров. Недостаточный профессионализм специалистов в сфере профилактики создаёт проблемы этического характера. Одним из этических постулатов профилактической деятельности в образовательной среде

должен стать строгий отказ от привлечения к профилактическим мероприятиям, так называемых, бывших наркоманов и алкоголиков.

Помимо высокого уровня профессионализма к специалистам предъявляются такие требования как творческий подход; педагогический такт; умение реализовывать мероприятия позитивной направленности; умение выбирать адекватные цели и задачам профилактической деятельности теоретические концепции, методы работы, конкретные методики и технологии воздействий. В процессе профилактических воздействий специалистам следует избегать: разового характера профилактических действий; оправдания употребления ПАВ какими-либо причинами; преувеличения негативных последствий злоупотребления ПАВ; ложной информации; использования тактики запугивания.

Вариативный компонент определяется субъектами профилактической деятельности, подразумевая специфику функционирования конкретной целевой группы, с учетом выбора адекватной модели профилактики и оптимальной технологии разрешения конкретных проблем и факторов риска.

Для каждой целевой группы Стандарты профилактической работы в образовательной среде предусматривают необходимый комплекс адекватных воздействий и мероприятий преимущественно развивающего характера и позитивной направленности [9, 12].

Современная модель построения системы профилактической работы, направленной на сокращение потребления ПАВ, представляет собой, так называемый, каузальный подход, когда профилактическая деятельность ориентирована на выявление и устранение факторов риска возникновения зависимости от ПАВ, а также причин их употребления. Выделяют определённые группы факторов риска приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ: биологические, психологические, макросоциальные, микросоциальные семейные и микросоциальные в образовательном учреждении [6]. Каждая группа факторов риска определяется конкретными проблемами функционирования личности. Вероятность развития зависимости от ПАВ выше у тех подростков, которые подвергаются одновременному воздей-

вию нескольких факторов риска. Факторы риска приобщения к употреблению ПАВ дезорганизуют становление личности в её нормативных притязаниях, и тем самым препятствуют развитию так называемых нормативных личностных статусов, которые являются базовыми для формирования и устойчивого функционирования личности в современном социуме.

Кроме каузальной модели профилактики в настоящее время имеют достаточное распространение и другие модели профилактической деятельности в образовательной среде, обладающие различной степенью эффективности – это медицинская, образовательная и психосоциальная модели.

Медицинская модель профилактики - основана на информационно-лекционном методе. Деятельность специалистов лечебно-профилактических (наркологических) учреждений направлена на формирование знаний о негативном воздействии наркотических и других психоактивных веществ на физическое и психическое здоровье человека, а также на совершенствование гигиенических навыков, предупреждающих развитие наиболее тяжелых медицинских последствий наркомании - заражение ВИЧ-инфекцией, гепатитом, венерическими болезнями.

Образовательная модель профилактики - основана на воспитательно-педагогических методах деятельности специалистов образовательных учреждений, направлена на формирование знаний о социальных и психологических последствиях наркомании с целью формирования устойчивого альтернативного выбора в пользу отказа от приема ПАВ.

Психосоциальная модель профилактики - основана на биопсихосоциальном подходе к предупреждению злоупотребления психоактивными веществами. Совместная деятельность специалистов образовательных и лечебно-профилактических учреждений направлена на формирование личностных ресурсов, обеспечивающих доминирование ценностей здорового образа жизни, действенной установки на отказ от приема психоактивных веществ, а также на развитие психологических навыков, необходимых в решении конфликтных ситуаций и

в противостоянии групповому давлению, в том числе связанному со злоупотреблением ПАВ.

Личностный компонент определяет способ этической организации и реализации профилактических мероприятий, основанный на аксиологическом, технологическом и творческом потенциале специалиста, и направленный на развитие личностных ресурсов, обеспечивающих снижение риска употребления ПАВ, когда в процессе профилактической деятельности происходит формирование социально значимых знаний, ценностных ориентаций, нравственных представлений и форм поведения у целевых групп профилактики. Таким образом, осуществляемая профилактическая деятельность в образовательной среде ориентирована на развитие психологически гармоничной и социально нормативной личности. Формирование и структурирование личности завершается образованием предсказуемого набора универсальных личностных статусов [8]. Нормативные личностные статусы (ЛС) - это качественно определенные части или устойчивые состояния человека. ЛС – это социокультуральное наполнение содержанием психобиологической основы человека. ЛС – это не внешние приобретения, а развитие внутренних психобиологических образований человека. Основные нормативные личностные статусы: «Я»-телесное, «Я»-ребёнок, «Я»-мужчина/женщина, «Я»-партнёр, «Я»-родитель, «Я»-профессионал, «Я» – Член групп [7,8].

Абсолютно нормативное функционирование непосредственно связано с исключительно гармоничным взаимодействием личностных статусов в структуре личности человека, когда актуализация и дезактуализация конкретного ЛС происходит спонтанно и автоматически в релевантных условиях без каких бы то ни было усилий. Это в своём роде и характеризует прикладное совершенство личности (нормативную социализацию), которое способно практически блокировать возможность развития аддиктивных тенденций.

Профилактические воздействия, направленные на развитие нормативных личностных статусов, обеспечивают возможность позитивной адаптации в жизни и максимально нормативной интеграции в социум. Специалист профилактической деятельности должен стре-

миться развивать такие личностные черты характера как доброжелательность, ответственность, искренность, тактичность, внимательность, вежливость, корректность, пунктуальность, эрудированность. В процессе профилактической деятельности следует, с одной стороны, учитывать мотивационные тенденции, склонности и особенности различных целевых групп, разрабатывать и реализовывать индивидуальную и дифференцированную профилактическую программу, а с другой стороны, поощрять активность, развивать навыки ответственного функционирования, стимулировать целесообразность самостоятельной деятельности, ориентировать на достижение личностной компетентности, фиксировать позитивные изменения. То есть стремиться развивать и совершенствовать поведение в рамках моральных идей и принципов нормативной этики. При этом сама этика нормативного поведения обеспечивается оптимальным функционированием в рамках инвариантных личностных статусов и в соответствии с позитивными потребностями индивида.

Таким образом, процесс формирования этической культуры профилактической деятельности в образовательной среде носит перманентный характер и базируется на регламентирующих документах с одной стороны, и внутренней потребности аутентичной самореализации специалистов в уменьшении и искоренении проблем наркологической направленности, с другой. При этом функциональные компоненты этики профилактической деятельности в образовательной среде в конечном итоге способствуют развитию нормативной личности, способной к позитивному стилю функционирования в социуме, что является необходимым и достаточным условием невозможности возникновения зависимости от ПАВ. Профилактическая деятельность предъявляет специфические требования к этике поведения специалистов. Этическое поведение не является для человека врождённым, а становится результатом перманентного обучения с последующим функциональным спонтанно-автоматическим позитивным транслированием в релевантных социальных коммуникациях. Этика профилактики наркотизации — это не столько обсуждение вредности и отдаленных негативных последствий употребления ПАВ, сколько по-

мощь молодому человеку в освоении позитивных навыков эффективной социальной адаптации и интеграции — умения идентифицировать и нормативными способами дезактуализировать физиологические и социально-психологические потребности и потребностные состояния, и как результат осознание ценности здоровья и здорового стиля жизни. В процессе этической реализации профилактических программ в образовательных учреждениях создаются условия для улучшения психологического климата в классах, позитивной гармонизации психологического функционирования школьного коллектива, оптимизации физических кондиций молодых людей, снижения уровня агрессивного поведения учащихся, формирования адекватной самооценки, повышение общей культуры школьника. И в конечном итоге действенная система многоуровневой профилактики ведёт к минимизации возможности приобщения молодёжи к наркотикам, алкоголю, табаку и другим токсическим веществам.

Литература.

1. О наркотических средствах и психотропных веществах. // Федеральный закон от 8 января 1998 г. № 3-ФЗ (В редакции ФЗ №13 от 1 марта 2012 г.)
2. Стратегия Государственной антинаркотической политики Российской Федерации. // Указ Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года.
3. Концепция профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде. // Утверждена Министерством образования и науки Российской Федерации 05 сентября 2011 г. / Рекомендована Государственным антинаркотическим комитетом (протокол №13 от 28 сентября 2011 г.)
4. Этический кодекс российского врача. // Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, ноябрь 1994 года.
5. Булатников А.Н. Здоровый образ жизни как способ профилактики зависимости от психоактивных веществ / Основы гигиенического воспитания и формирование здорового образа жизни населения: Учебное пособие для врачей.— М.: РМАПО - 2011. — с.143-160.
6. Булатников А.Н., Зарецкий В.В., Портянская Л.Л., Новиков Е.М., Абрамов Р.Ю. Теории и технологии мониторинговых исследований по оценке рисков формирования аддиктивных форм поведения в образовательной среде: Методические материалы. — М.: Изд-во АКАДЕМІА, АПКиППРО, 2010. — 88с.
7. Булатников А.Н., Зарецкий В.В. Стратегия профилактики формирования зависимости от психоактивных веществ в образовательной среде / Актуальные

проблемы образования и воспитания: профессиональное мастерство и индивидуальный стиль современного специалиста: Сборник научно-методических материалов. / Сост. и науч. ред. Н.Ю. Синягина, А.Г. Болелова, Е.Г. Артамонова. – М.: Арманов-центр, 2010. – с.55-60.

8. Валентик Ю.В. Психогенетическая модель личности пациента с зависимостью от психоактивных веществ. // Наркология. 2002. № 9. - с.21 -25.

9. Валентик Ю.В., Тарабакина Л.В., Соболев Е.С., Булатников А.Н., Богун Т.Ф., Макеева А.Г., Бабиева Н.С. Научно-методическое обеспечение стандарта первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами среди несовершеннолетних. Отчет по ведомственной научной программе «Развитие научного потенциала высшей школы». – М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2005 г. – 276 с.

10. Зарецкий В.В., Булатников А.Н., Портянская Л.Л., Байдина В.А., Чигиринская Ю.В. Профилактическая деятельность как фактор формирования здорового стиля жизни. Учебно-методическое пособие.– М.: Изд-во АКАДЕМИА, АПКиППРО, 2011 – 118с.

11. Колесов Д.В. Эволюция и природа наркотизма.– М.: Педагогика, 1991. - 312 с.

12. Стандарты первичной профилактики злоупотребления психоактивными веществами несовершеннолетними и молодежью (методические рекомендации). / Ю.В. Валентик, В.Н. Вострокнутов, А.А. Гериш, В.В. Зарецкий, В.К. Рябцев, В.И. Слободчиков. - М., изд-во «Каллиграф», 2003.- 143с.

ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Гачегов М.А.

ГАОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения»

Медицинская деонтология подразумевает свод предписаний, соблюдение которых в отличие от правовых норм регулируется совестью врача и медицинского работника [2, 4, 5]. Особый характер взаимоотношений детского врача и персонала с детьми и их родителями обосновывает выделение раздела медицинской этики – педиатрической деонтологии, что особенно важно в амбулаторной практике [1, 3]. По мнению А.Ф. Тура, «...чтобы быть хорошим педиатром, не-

обходимо любить детей, быть терпеливым к их родителям, любить педиатрию». Хотя в жизни можно встретить бездушное, грубое, невнимательное отношение медицинских работников к пациенту, недооценку принципов фармацевтической биоэтики, увлечение полипрогмазией.

Цель работы - оценить взгляды современных родителей на профессиональную деятельность врача-педиатра первого контакта, а также знание педиатрами вопросов доказательной медицины.

Работа проведена в 16 детских поликлиниках г. Перми – краевого центра с развитым промышленным потенциалом и достаточно высоким уровнем жизни. Опрошено 100 родителей и 100 участковых врачей-педиатров. Анкетирование проводилось анонимно. Были разработаны анкеты, содержащие вопросы открытого и закрытого типа. Большинство составили родители в возрасте 20-30 лет (52%), 30-40 лет – 38,6%, старше 40 лет – 10,6%. Из них у 6,7% были дети до года.

Исследование выявило, что абсолютное большинство опрошенных родителей считают, что на профессиональную деятельность врача влияет не только его квалификация, но и внешний облик, хотя четверть из них не разделяли это мнение. В настоящее время вопрос «Должен ли врач на вызове снимать обувь?» остается одним из основных во взаимоотношениях участкового педиатра и семьи. Более половины опрошенных, как ни странно, ответили на этот вопрос утвердительно, 17,3% категорически сказали «Нет», и лишь небольшая часть предпочла бы использование бахил.

Нас насторожил тот факт, что только 42,6% врачей перед осмотром ребенка на дому всегда моют руки, а 17,5% не делают этого никогда. В отношении квалификации врачей более половины респондентов (61,3%) отмечают достаточную эрудицию в области педиатрии, хотя в четверти случаев, по мнению родителей, педиатр компетентен не во всех вопросах, а 13,3% вообще не доверяют ему, вне зависимости от стажа работы.

Интересно, что половина родителей (49,3%) хотели бы выбирать врача по желанию, 29,3% поддерживают введение системы семейного врача. Неоднозначное отношение было высказано по поводу платных

услуг в здравоохранении. Положительный ответ на данный вопрос дали 65,3% родителей, а 34,6% вообще не приемлют коммерческий подход в медицине, выражая приверженность к социалистическим идеалам здравоохранения.

Тревожит тот факт, что большинство родителей (65,3%) посещают детскую поликлинику при заболевании ребенка, и не более чем в 1/3 случаев приходят только на профилактические осмотры.

Как показало наше исследование, взаимоотношения родителей с врачами-педиатрами, как правило, складывались гладко, хотя в 9,3% случаев отмечены конфликтные ситуации с медиками. С жалобами в разные инстанции на участковых врачей обращались 23,9% опрошенных, при этом основной поток жалоб был направлен к заведующей (16%) и к главному врачу поликлиники (5,3%), реже - к руководителям муниципального здравоохранения (1,3%) и мэру (1,3%). Среди причин жалоб 13,3% отметили грубость педиатров, 14,6% - некомпетентность врачей, 1,3% - невнимательность, 1,3% - сложность попасть на прием. Случаи вымогательства со стороны медицинских работников были у 6,6% опрошенных.

Социальный статус пациентов в нашем исследовании нашел отражение в вопросе о сумме средств, которые родители могли бы потратить на лечение ребёнка. В подавляющем большинстве случаев (65%) родители не стали бы себя ограничивать при покупке медикаментов, хотя немалая часть опрошенных высказалась за сумму в пределах от 200 до 500 рублей (20%) и даже до 100 рублей (1%). Однако социальный статус пациента при назначении препаратов врачи не всегда учитывают.

Не меньший интерес представила информация, полученная при анализе фармакоэпидемиологических проблем амбулаторной педиатрии. Так при назначении медикаментозной терапии участковые педиатры, как правило, руководствуются своим опытом, не аргументируя выбор препаратов требованиями медико-экономических стандартов или формуляров лечения. Заметим, что в ряде случаев назначения антипиретиков врачи аргументировали свои действия любым повышением температуры

О возможных побочных действиях назначенных препаратов, слов родителей, врачи сообщали в 36% случаев, редко в – 10% случаев и совсем не информировали более чем в половине наблюдений.

Многие врачи указали, что рецепт постепенно утрачивает своё первоначальное значение. Так, лишь 24% из них выписывают рецепты на лекарственные средства, в том числе и на антибиотики, скорее всего с учетом региональных формуляров льготного обеспечения. Как ни странно, наиболее предпочтительной формой назначения медикаментозных средств остается какая-либо другая письменная или устная информация. Некоторые доктора достаточно часто используют запасы домашних аптек пациентов.

Представляет интерес и тот факт, что, по мнению врачей, провизоры и фармацевты неоднократно предлагают пациентам замену назначенного ими препарата. Причем в 16% случаев замена медикамента встречалась достаточно часто. Это явление может свидетельствовать с одной стороны о коммерческом интересе работников аптек, а с другой стороны, подчеркивает несостоятельность какой – либо иной кроме рецепта формы назначения препарата.

Таким образом, исследование выявило ряд этических проблем во взаимоотношениях в системе «врач – пациент». Нередко педиатры пренебрегают принципами медицинской деонтологии, допускают конфликтные ситуации с родителями. На наш взгляд, вопросы деонтологии должны быть представлены в более широком формате, как в подготовке выпускника медицинского вуза, так и в последипломном усовершенствовании врачей. Не менее важным является вопрос фармацевтической этики, что касается информирования родителей об особенностях фармакологического действия лекарственных препаратов, режима их дозирования и возможных побочных эффектах. Следует поставить вопрос о необходимости более жесткого контроля над назначением препаратов посредством выписки рецепта и отпуска их в аптеках в соответствии с приказами и регламентирующими документами. Кроме того, правильно оформленный рецепт позволил бы избежать весьма частой замены провизорами назначенного врачом препарата.

Литература.

1. Вельтищев Ю.Е. Этика, медицинская деонтология и биоэтика в педиатрии // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 1995. - №1. – С. 54-57.
2. Зыятдинов К.Ш. Некоторые этико-правовые проблемы взаимоотношений врача и пациента //Проблемы социальной гигиены, 2000. - № 2. – С. 22-25.
3. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб: Издательство «Питер», 2002.
4. Яровинский М.Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика). - М. : Медицина, 2004. - 527 с.
5. Яшина Е.С., Карпова Е.В. Этика и деонтология в деятельности медсестры //Медсестра. – 2013. – С. 32 – 40.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ: ИСТОКИ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ

Епифанова Е. В.

ФГБОУ ВПО «Кубанский государственный аграрный университет»,
Краснодар

В настоящее время возрос интерес к сфере медицины, очевидно, это связано с коррупциогенностью данного сектора, с падением качества медицинских услуг, с крайне низкими моральными качествами, которыми, порой, обладают люди в белых халатах, с введением страховой медицины, с недостаточным материальным содержанием и многими другими причинами, обусловившими актуальность поднимаемых вопросов.

Обобщив известные исторические данные, мы пришли к выводу о том, что извечными были три вопроса: насколько компетентен врач, как он будет отвечать за проводимое лечение в случае неблагоприятного исхода, и кто будет содержать врача? В различных странах эти вопросы решались по-разному. Однако во всех странах без исключения стремились видеть врача как можно компетентнее, а для этого вводили специфическую систему образования, проверки знаний. Немало внимания уделялось морально-этическому воспитанию, нравственному облику врача. Приведем примеры регулирования врачебной деятельности отдельных древних стран.

В Древнем Риме (период Империи 31 г. до н. э. - 476 г. н. э.) врачи получили освобождение от налогов, от воинской повинности и определенных льготы. В Древнем Риме было получение вознаграждения за труд в виде гонорара (лат. *honorarium*): в знак уважения к профессии врача римляне благодарили за лечение почетными дарами и подарками. В отличие от платы за физический (рабский) труд, гонорар являлся добровольным выражением признательности. Значительно позднее врачи стали получать гонорар и деньгами.

Важнейшим этапом в развитии древнеримской цивилизации было составление в 451 - 450 гг. до н.э. свода законов, известных под названием Законов XII таблиц [7, 120]. Возможность возмещения ущерба вследствие неудачного лечения предусматривается в Законах XII таблиц в таблице VII.2: «Если причинить членовредительство и не помириться с потерпевшим, то пусть и ему самому будет причинено то же самое» [8,68]. Во времена империи существовали специальные нормы, касающиеся медицинской практики: «...если пациент умирал от лекарственного средства, проданного римским врачом или фармацевтом, последние могли быть привлечены к уголовной ответственности в виде смертной казни» [3,208]. Формированию института ответственности врачей в Древнем Риме способствовало решение «о создании так называемых «врачей от государства», существование которых в их развитом виде мы наблюдаем по сей день» [9,23]. Государственные власти стали учреждать оплачиваемые должности врачей. Государство не только контролировало их деятельность, но и строго следило за их выборами и назначением. Проходивший процедуру выборов врач получал звание «врач, утвержденный государством». Упадок Римской империи способствовал росту коррупции в медицине, мошенничества, подорвал престиж врачей.

Правовое регулирование деятельности врачей, моральные критерии, которыми должен был обладать претендент на звание врача, формировались длительное время. Можно лишь сказать об одном: во все времена за врачебные ошибки приходилось расплачиваться порой ценой своей жизни. Наказание за ухудшение состояния больного или его смерть носило, как правило, личный характер: "...знахарь не смог

вылечить единственного сына вождя племени берокка и был похоронен заживо вместе с телом мальчика" [4,1].

Наказания врача в случае неблагоприятного исхода лечения, в Междуречье основывалось на принципе талиона - соразмерности между причиненным ущербом и полагающимся за это наказанием. В ст. ст. 215 - 217, 221 - 223 Законов Хаммурапи была закреплена платная медицина. Размер вознаграждения зависел от общественного положения больного.

В Древнем Египте каждый врач принадлежал к группе жрецов. В случае необходимости больной обращался напрямую в храм, который и направлял к врачу соответствующей специализации. Брать плату за лечение больного врач не имел права: гонорар полагался храму, а храм содержал врача [5,1]. Деятельность врача строго регламентировалась положениями, изложенными в Герметических книгах, в «Священной книге», других медицинских трактатах, таких как «Книга сердца», «Книга глазных болезней» [5,1]. Врач, придерживающийся правил, даже в случае смерти больного освобождался от ответственности. Но отступление от обязательных требований, повлекшее за собой гибель пациента, каралось смертью [5,1]. Таким образом, сурово наказывался факт неисполнения общеобязательных правил лечения или отступление от требований норм «Священной книги», при условии причинения смерти пациенту.

Высокого уровня достигло развитие медицины в Древней Индии. Врачебная деятельность должна была соответствовать общепризнанным правилам, где были сформулированы стандарты поведения врача. Аюрведа – «Знание жизни» (IX - III вв. до н.э.): «Хороший врач обязан часто посещать и пристально обследовать больных, не должен быть робким и нерешительным. Если врач легкомысленно берется вылечивать больных неизлечимыми болезнями, он рискует потерять репутацию, друзей и большие прибыли!» [6,272].

Оплата труда медиков регулировалась государством. Врачам запрещалось требовать вознаграждение за лечение от обездоленных, друзей врача и брахманов (служителей культа); и наоборот, ес-

ли зажиточные люди отказывались от уплаты за лечение, врачевателю присуждалось все их имущество.

В Древнем Иране лечить больных могли только врачи, имеющие аттестат или свидетельство. Чтобы получить свидетельство, претенденты должны были сдать ряд экзаменов не только по практической деятельности, но и на знание теории. Тот же, кто не мог сдать экзамен трижды, лишался практики навсегда. Таким образом, законы Древнего Ирана, записанные в "Видевдат", закрепляли возможность практиковать только за врачом-профессионалом. Оплата услуг врача зависела от материального благосостояния больного[1,47].

В богатых Греческих полисах для работы в гражданских больницах общественные врачи сдавали некое подобие экзамена, после которого должны были пройти процедуру избрания на народном собрании. Избранный врач не только получал плату за труд от государства, за особые заслуги перед народом врачу полагались золотой венок и право гражданства. Вместе с тем ответственность врача была высока. Тем самым полис старался не допустить к профессиональной деятельности недобросовестных врачей[2,135]. Для врачей в греческих полисах была разработана специальная форма наказания - адоксия (бесчестие) [2,161].

Таким образом, анализируя древнейшие из известных на сегодняшний день источники права, которые были созданы в период существования рабовладельческих цивилизаций, можно сделать вывод, что попытки регламентации медицинской деятельности делались везде, сводились они к решению круга медицинских, этических, правовых проблем. Элементы правового регулирования медицинской деятельности появились с рождением медицины. На протяжении истории писанные и неписанные законы, касающиеся взаимоотношений врача и пациента, были весьма многообразны. От эпохи к эпохе сменялись нормативные акты, однако круг решаемых вопросов оставался один. Среди них был главным вопросом о том, как преодолеть негативные тенденции некомпетентной медицинской практики, ведь общественная опасность медицинских преступлений очень велика и социально значима? Эти вопросы перетекли через века и пронизали всю

толщу рабовладельческого, феодального, буржуазного права. Современная ситуация в сфере здравоохранения то же заставляет задуматься над целым рядом вопросов. Это и коррупция, и соблюдение врачебной этики, и страхование в медицине, и материальная составляющая труда каждого медработника. К сожалению, нормы существующего административного, уголовного законодательства бессильны. Для того, что бы защитить здоровье людей и «пропускать» в медицину только профессионалов, необходимо осуществить комплекс мероприятий, в том числе, например:

1. Поднять престиж профессиональной медицинской деятельности путем повышения квалификационных требований, улучшения качества подготовки и переподготовки специалистов, увеличения стимулирующих выплат за качественно выполненную работу, создания благоприятных условий труда, системы реальных социальных гарантий.

2. Пресекать коррупционную деятельность медицинских работников государственных учреждений здравоохранения. Проводить разъяснительные беседы антикоррупционной направленности.

3. Использовать наряду с традиционными и нетрадиционные методы лечения. Многие "альтернативные" методики лечения действенные. У некоторых из них тысячелетняя история (акупунктура, фитотерапия), а также серьезные научные основы (гомеопатия). Но проблема в том, что ни у одной из этих методик нет надежной системы стандартизации, т.е. оценки эффективности, безопасности и т.д. Нет и стандартов подготовки специалистов, что способствует появлению на рынке медицинских услуг безответственных дилетантов, а то и просто шарлатанов, мошенников.

4. В связи с высокой общественной опасностью незаконного целительства правоохранительные органы должны осуществлять постоянную работу, направленную на выявление и предупреждение незаконного занятия народной медициной. В средствах массовой информации должны активнее пропагандироваться методы официальной медицины и разъясняться последствия обращения к целителям, не санкционировано осуществляющим свою деятельность. Чтобы

проблему решить, необходимо создать так называемую систему координат, по которой можно было бы отслеживать динамику развития той или иной болезни до посещения пациентом врача и после. Тогда появится и ответственность представителей народной медицины перед законом и перед больными. Впрочем, часть вины лежит на самих пациентах. Эксперты считают, что такая ситуация сложилась из-за массового распространения в России всевозможных суеверий.

5. Разработать систематизированный Медицинский кодекс, с тем чтобы любой медицинский работник, не путаясь в многочисленных законах и подзаконных актах, открыв его, мог прочитать права, обязанности, ответственность, гарантии профессиональной деятельности, условия страховой медицины. Современные нормативные акты в области здравоохранения остаются недоступны не только медикам, но и пациентам.

Литература.

1. Авеста. Священная книга зороастрийского учения. - Тегеран, 1967.
2. Блаватская Т.В. Из истории греческой интеллигенции эллинистического времени. - М.: Наука, 1983.
3. Глашев А.А. Медицинское право: Практическое руководство для юристов и медиков. - М.: Волтерс Клувер, 2004.
4. Лукас О., Пунш Е. Южноамериканские индейцы отвечают на вопросы доктора Щеглова // URL: <http://gondola.zamok.net/113/113indeos1.html>.
5. Марченко Ю.Ф. Медицина в Древнем Египте // Твое здоровье. 1994. N 3 // URL: <http://lechebник.info/607/24.htm>.
6. Марчукова С.М. Медицина в зеркале истории. - М.: Европейский дом, 2003. С. 272 // LiveInternet.Ru. URL: <http://bibliotekar.ru/421/index.htm>.
7. Покровский И.А. История римского права / Вступит. статья, пер. с лат., научн. ред. и коммент. А.Д. Рудокваса // Нева. 1999.
8. Хрестоматия по истории Древнего Рима / Под ред. С.Л. Утченко. - М., 1962.
9. Черниловский З.М. Хрестоматия по общей истории государства и права. - М.: Юристъ, 1996.

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ

Залеток С.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Проблеме насилия над детьми в последние годы во всем мире уделяется все большее внимание. Первые публикации на эту тему принадлежали юристам, социологам, педиатрам и хирургам [2].

По определению ВОЗ, жестокое обращение с детьми – «это плохое обращение с детьми в возрасте до 18 лет и отсутствие заботы о них. Оно охватывает все типы физического и/или эмоционального жестокого обращения, сексуального насилия, пренебрежения, невнимания и эксплуатации в коммерческих или иных целях, что приводит к нанесению реального или потенциального вреда здоровью, выживаемости, развитию или достоинству ребенка в контексте взаимосвязи ответственности, доверия и власти». Разнообразные проявления жестокого отношения к детям имелись и имеются во всех странах, независимо от политического, идеологического и экономического устройства. По результатам международных исследований примерно 20% женщин и 5-10% мужчин сообщают о том, что в детстве подвергались физическому насилию. Последствия жестокого обращения с детьми включают пожизненные нарушения физического и психического здоровья, а его последствия в социальной и профессиональной области могут в конечном итоге замедлить экономическое и социальное развитие страны.

Согласно исследованию Г.П. Тимченко и И.В. Семеновой, в Санкт-Петербурге число травм, нанесенных детям родственниками, в 1994 г. увеличилось по сравнению с 1988 г. в 2,5 раза, а в 1996 г. наблюдалось увеличение их роста уже в 4 раза. В 1996 повреждения, причиненные отцами, регистрировались в 6 раз чаще повреждений, нанесенных матерями, при этом в 56% случаев отцы находились в нетрезвом состоянии.

ВОЗ определены факторы риска жестокого обращения с детьми. Это индивидуальные особенности ребенка, к которым относят возраст ребенка до 4 лет или подростковый период; нежеланный или не оправдывающий ожиданий родителей ребенок; ребенок, имеющий особые потребности, постоянно плачущий или имеющий патологические физические особенности. Также фактором риска являются особенности родителей или воспитателей. Среди них можно назвать такие, как трудности, связанные с новорожденным; оставление ребенка без внимания; подвержение самого родителя жестокому обращению в детстве; неосведомленность в отношении развития ребенка или нереальные ожидания; употребление алкоголя или наркотиков, в том числе и при беременности; вовлеченность в преступную деятельность; испытываемые финансовые трудности. Ряд факторов, относящихся к специфике взаимоотношений в семье, также может повышать риск жестокого обращения с детьми. Это, например, проблемы в области физического и психического здоровья или развития какого-либо члена семьи; изолированность в сообществе или отсутствие круга поддержки; отсутствие поддержки в воспитании ребенка со стороны других членов семьи. Существуют факторы социального риска, повышающие вероятность жестокого обращения с детьми, которые включают гендерное неравенство, отсутствие надлежащего жилья или услуг для поддержки семей, а также соответствующих институтов. Характерны высокие уровни безработицы и нищеты, легкий доступ к алкоголю и наркотикам, ненадлежащие стратегии и программы по предотвращению жестокого обращения с детьми, детской порнографии, детской проституции и детского труда [1].

В 1962 г. Кемпе и соавт. в статье «Синдром Избитого Ребенка» дал получившее широкое распространение описание этого синдрома. В США появились небывалых размеров плакаты «Быть Ребенком не Значит Быть Битым». Синдром избитого ребенка – состояние, характеризующееся повторными намеренными действиями, в результате которых ребенку наносится травма, причем вызваны эти действия бывают малейшим или самым обычным проступком ребенка [4]. Лишение пищи и питья – вариант такой травмы. Классический случай –

ребенок попадает к психиатру или в отделение неотложной терапии с острым повреждением, причем есть признаки «старых» и «свежих» кровоподтеков, переломов и других повреждений. Это могут быть переломы черепа или конечностей, разрывы внутренних органов, субдуральные гематомы или ожоги.

Иногда ребенка не сразу доставляют к врачу, родители объясняют это тем, что не поняли сразу, что ребенок серьезно болен. Обычно то, что говорят родители, и то, что видит врач, сильно противоречит друг другу.

Объяснения родителей по поводу последней травмы туманны, противоречивы или не соответствуют полученным ребенком повреждениям.

Первой по частоте причиной смерти избиваемых детей является травма головы. Это в основном субдуральные и субарахноидальные геморрагии с переломами и без переломов черепа. Иногда перелом может вызвать вторичный менингит. Могут быть признаки старых гематом, а также недавних. Переломы черепа и повреждения мозга возможны без значительных повреждений кожи и мягких тканей головы или с незначительными их повреждениями. Отсутствие внешних повреждений не исключает наличия травмы. Фактически это же относится к отсутствию внутренних геморрагий волосистой части головы. По голове могут ударить плоским предметом с силой, достаточной для повреждения мозга, но при этом не будет видимых повреждений волосистой части головы. В то же время, рентгенологическое исследование может выявить переломы [4].

Серьезные травмы головы часто ассоциируются с геморрагиями сетчатки. Если ребенок остается жив, может остаться рубец. Геморрагии сетчатки могут быть результатом родовой травмы, но в этом случае рубца не остается. Хотя геморрагия сетчатки часто встречается в случаях убийства, она возможна и при серьезном несчастном случае. Геморрагия сетчатки также встречается при кровоточивости, сепсисе, васкулопатиях и сильном сдавливании грудной клетки. Например, при реанимации и как эффект воздействия плечевого ремня во время аварии.

После травмы головы второй наиболее частой причиной смерти избиваемых детей является повреждение органов абдоминальной полости. Может не быть внешних признаков травмы, однако внутри брюшной полости возможны разрывы внутренних органов. Чаще всего они происходят в таком порядке – печень, брыжейка и кишечник [4].

Некоторые адвокаты настаивают, что абдоминальные повреждения были вызваны сердечно-легочной реанимацией. Прайс с соавт. изучил 324 случая смерти ребенка по причине естественного заболевания, в которых проводилась реанимация (Price E. A., 2000). Ни в одном не было абдоминальных повреждений. Возраст детей – до 1 года – 75,9%, от года до 4-х лет – 19,75%, 5-10 лет – 4,32%. Сердечно-легочная реанимация проводилась медицинским персоналом в 70,6% случаев, родственниками – в 18,21% случаев, друзьями – в 5,25% и другими лицами в 6,48%.

Буш с соавт. изучил 211 случаев смерти детей младше 12 месяцев, умерших не от травмы, которым проводилась сердечно-легочная реанимация (Bush C. M., et al., 1996). 15 детей имели, как минимум, одно повреждение, 7 из них сочли клинически незначимыми. Не было повреждений абдоминальных органов. Только у троих детей были угрожающие жизни повреждения – пневмоторакс, эпикардальная гематома и интерстициальная легочная геморрагия, ассоциированная с гемоперитонеумом [4].

Дети, лишенные ухода, или истощенные дети – вариант синдрома избитого ребенка. В таких случаях ребенка кормят недостаточно или от случая к случаю и оставляют лежать в испражнениях. Ребенок выглядит истощенным, кожа сморщена, живот впалый, ребра торчат, кожа лишена тургора и общий вид изможденный. Обычно налицо сильная язвенная потница.

Есть три возможных объяснения подобного состояния ребенка: преступное пренебрежение, невежество родителей в вопросах ухода и кормления ребенка или наследственное заболевание.

Большая часть истощенных и запущенных детей попадают в больницу хотя бы раз, прежде чем умирают. Если их состояние не

обусловлено наследственными заболеваниями, они быстро поправляются и выписываются здоровыми и хорошо упитанными. Если в дальнейшем такого ребенка найдут мертвым в состоянии истощения, можно заключить, что было сознательное доведение ребенка до голодной смерти и случай этот может быть расценен как убийство. Когда предварительно не было госпитализации по поводу истощения, сначала нужно исключить все возможные естественные состояния, вызывающие истощение [4].

В 2005 году в Москве на базе научного центра психического здоровья РАМН было проведено исследование: наблюдали 130 детей, которые подвергались насилию с первого года жизни. Среди них 40 детей (28 мальчиков и 12 девочек) раннего возраста (от 7 мес. до 4 лет 11 мес.) наблюдались в условиях дома ребенка с периода младенчества проспективно. Остальные 90 детей (60 мальчиков и 30 девочек) более старшего возраста (5-14 лет) были обследованы в Московской городской детской психиатрической больнице №6 и на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения ретроспективно. Длительность катмнеза в обеих группах составила 3 года [2].

Изученная группа детей в целом распределилась по оценке психического здоровья следующим образом: 1% - норма, 4% - риск развития психической патологии, 95% - психическая патология. Наиболее частым проявлением последней была депрессия, которая по степени выраженности в соответствии со шкалой Монтгомери-Асберга (MADRS) характеризовалась так: отсутствие депрессии (0-15 баллов) в 4 % случаев, малое депрессивное состояние (16-25 баллов) – в 4%, депрессия средней степени выраженности (26-30 баллов) – в 56%, выраженное депрессивное состояние (свыше 30 баллов) – в 36%.

Для диагностики отграничения подлинных нарушений психического здоровья, выявляемых у детей из условий физического насилия, была проведена система ШОПН. Согласно ей психические нарушения отсутствуют у 1% детей (сумма баллов менее 40); риск развития психических нарушений в результате физического насилия (сумма баллов 41-79) имел место в 4%; умеренно выраженные психические

нарушения (80-160 баллов) – в 85%; значительно выраженные нарушения (более 160 баллов) – 10% [2].

Исследование нервно-психического обследования младенцев и малышей показало, что у 95% детей нервно-психическое развитие нарушено, а у 5% имеется риск нарушений психического развития. При оценке вегетативного статуса эйтония (относительная гармония) определена лишь у 2,5% детей; у 5% отмечалась ваготония. У остальных 92,5% выявлялась симпатикотония, которая чаще встречается у детей с психиатрической патологией [2].

Из приведенного выше материала можно сделать вывод о том, что проблема насилия над детьми является весьма актуальной социальной, правовой, медицинской проблемой и требует пристального внимания со стороны общества и государства.

Литература.

1. Качаева М.А., Русина В.В., Сатьянова Л.С. Клинико-социальные факторы риска и судебно-психиатрическая оценка психического состояния женщин, жестоко обращавшихся со своими детьми («избивающие матери») // Российский психиатрический журнал. 2011. №2. С. 25-30.
2. Марголина И.А., Козловская Г.В., Проселкова М.Е. Психическое развитие детей из условий хронического физического насилия (особенности обследования детей) // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. №9. С. 5-9.
3. Матышев А.А. Судебная медицина. СПб.: Гиппократ, 1998. 544 с.
4. Хохлов В.В., Кузнецов Л.Е. Судебная медицина. Смоленск, 2010. 210 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ

Ившин И.В., Тараскина З.И., Гусаренко И.И., Алексина Е.А.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Отношение к смерти – одна из величайших проблем, с которой каждый человек непременно сталкивается в своей жизни. Каждому человеку от рождения принадлежит неотъемлемое право на жизнь, реализация которого очевидно немыслима без возможности субъекта этого права распорядиться ею исключительно по своему усмотрению.

В противном случае субъективное право на жизнь превращается в юридическую обязанность жить, а подобное императивное регулирование в столь деликатной сфере в современном обществе вряд ли допустимо, не говоря уже о специфичности самого вопроса о смерти.

Отношение к умышленному ускорению наступления смерти неизлечимо больного, даже с целью прекращения его страданий, никогда не было однозначным. Английский философ Френсис Бэкон (1561- 1626) в своем знаменитом труде «Новый Органон» для обозначения легкой безболезненной смерти ввел термин – «эвтаназия» (от греч. *euthanasia*, *eu* – хорошо, *thanatos* – смерть), то есть хорошая, спокойная и легкая смерть, без мучений и страданий [3]. «Долг медика не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в смягчении страданий, вызванных болезнью, и состоит он не в том лишь, чтобы ослаблять боль, почитаемую опасным симптомом. Если недуг признан неизлечимым, лекарь должен обеспечить пациенту легкую и мирную кончину, ибо нет на свете блага большего, нежели подобная благая смерть, то есть эвтаназия, понимаемая как облегчение мук умирания» [9].

В современных публикациях на русском языке используются два равнозначных термина: «эвтаназия» и «эйтаназия». Существует множество определений эвтаназии, которые нашли свое отражение и в научных трудах, и в законодательстве. Так, в соответствии с *легальным определением*, содержащимся в статье 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», эвтаназия – ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента [5].

В соответствии с доктринальными подходами к этому понятию, эвтаназия – умышленные действия или бездействия медицинского работника, осуществляемые в соответствии с явно и недвусмысленно выраженной просьбой информированного больного или его законного представителя, с целью прекращения физических и психических страданий больного, находящегося в угрожающем жизни состоянии, в результате которых наступает его смерть [4].

В зависимости от поведения медицинского работника различают активную и пассивную эвтаназию. Под первой понимают осуществление каких – либо действий, в том числе и введение лекарственных средств, которые ускоряют смертельный исход. Пассивная эвтаназия заключается в неприменении средств и невыполнении врачебных манипуляций, способных поддерживать жизнь тяжелобольного пациента. А.П. Зильбер выделяет следующие виды эвтаназии (он употребляет термин «эйтаназия»): эйтаназия – легкая, безмятежная смерть, наступившая естественным путем или с помощью специальных мер; добровольная эйтаназия – вызывание у страдающего больного легкой и безмятежной смерти по осмысленному требованию больного с помощью медикаментозных и иных средств; принудительная эйтаназия – вызывание легкой и безмятежной смерти у человека не по его требованию, а по решению родственников, общества и его законодательных институтов; милосердное убийство – юридический эквивалент понятия добровольная эйтаназия; пассивная эйтаназия – разновидность добровольной или принудительной эвтаназии, когда прекращение необходимой поддерживающей терапии влечет за собой смерть; активная эйтаназия – разновидность добровольной или принудительной эвтаназии, когда смерть вызывают путем применения специальных средств [2].

По мнению В.П. Сальникова, О.Э. Старовойтовой и других авторов, эйтаназия – это действие или бездействие врача, иного человека или самого больного, влекущее за собой наступление мгновенной или безболезненной смерти последнего. Эвтаназия может быть добровольной и принудительной. И добровольная, и принудительная эвтаназия, в свою очередь, бывает пассивной и активной [1].

По вопросу законодательного регулирования эвтаназии первенство принадлежит Голландии, где в настоящее время действует закон об эвтаназии, принятый в 2000 году. Установленное в соответствии с голландским законом об эвтаназии правовое регулирование характеризуется следующими особенностями. Во-первых, любой, кто достиг шестнадцати лет, вправе самостоятельно в письменной форме определить условия и способ своего ухода из жизни. Например, человек

может написать в своем заявлении о том, чтобы к нему не применялось жизнеподдерживающее лечение или другие реанимационные мероприятия в случае автокатастрофы или рака. Во-вторых, дети в возрасте от двенадцати до шестнадцати лет могут подать такое заявление с согласия родителей. В-третьих, к несовершеннолетним, не достигшим 12-летнего возраста, эвтаназия не применяется. Таким образом, вопрос о возможности умерщвления из сострадания новорожденных и малолетних детей, имеющих серьезные психические или физические, врожденные или приобретенные, аномалии, уродства или хронические заболевания, решен законодателем в Голландии отрицательно.

В 2002 году примеру Голландии последовала Бельгия, принявшая закон, легализующий эвтаназию. В отличие от Голландии, в Бельгии эвтаназия не может быть применена к несовершеннолетним, т.е. к лицам, не достигшим 18-летнего возраста. Другие основания для обращения к этой крайней мере весьма сходны с теми, что установлены в законодательстве Голландии. В частности, эвтаназия признается оправданной лишь тогда, когда больной страдает от «постоянной и невыносимой физической или психологической боли», ставшей результатом несчастного случая или неизлечимой болезни. Пациенты, обращающиеся с просьбой об эвтаназии, должны находиться в сознании, быть информированными о своем заболевании и его прогнозе и самостоятельно сообщить врачам о своем желании уйти из жизни.

В США штат Орегон на сегодняшний день единственный, где врачу позволено помогать умереть больному. В 1997 г. в этом штате был принят специальный нормативный акт: «Закон о смерти с достоинством», который разрешает врачу прописывать безнадежно больному пациенту летальную дозу лекарства, если сам пациент просит помочь ему покончить с жизнью. По существу, в данном случае речь идет о способствовании самоубийству больного, который сам принимает решение об уходе из жизни и осуществляет действия, приводящие к смерти. Что касается активных действий врача, непосредствен-

но направленных на лишение жизни пациента, то они законодательством штата Орегон запрещены [6].

В России как активная, так и пассивная эвтаназия запрещены законом (ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). Что касается перспектив рассмотрения вопроса о легализации эвтаназии в России, то даже если не брать в расчет нравственно-этические и религиозные аспекты эвтаназии, которые в данном случае имеют немаловажное значение, и исходить из существующей в стране медико-демографической, социально-экономической и правовой ситуации, следует признать, что непродуманное придание эвтаназии правомерного, легального характера чревато наступлением целого ряда негативных последствий. Так, в условиях современной России при бедности значительной части населения и существующих проблемах доступности и качества медицинской помощи эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком, СПИДом, других тяжелобольных, на содержание, лечение либо уход за которыми недостает денежных средств, не говоря уже об опасности использования эвтаназии как инструмента при корыстных преступлениях. Все это является существенным аргументом против самой возможности введения эвтаназии в современной России.

С точки зрения уголовно-правового запрета эвтаназия рассматривается как умышленное преступление и квалифицируются в соответствии с частью 1 статьи 105 Уголовного кодекса РФ как умышленное убийство [8].

При назначении наказания лицу, виновному в эвтаназии, в качестве смягчающего обстоятельства в соответствии с пунктом «д» части 1 статьи 61 Уголовного кодекса РФ учитывается совершение преступления по мотиву сострадания [7].

Вместе с тем, какая либо доступная юридическая практика на этот счет, не говоря уже о статистике, в России отсутствует. Отсутствие какой-либо официальной информации по рассматриваемому вопросу вряд ли свидетельствует об отсутствии самой проблемы. Прежде всего, следует отметить явные недостатки в существующем в

России на сегодняшний день правовом регулировании в рассматриваемой сфере. В первую очередь это касается явного противоречия в той части, в которой в качестве незаконной, запрещенной, влекущей наступление юридической ответственности эвтаназии признается удовлетворение просьбы пациента о прекращении искусственных мер по поддержанию его жизни (ст. 45 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). Вместе с тем, обязательным предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе и «искусственных мер по поддержанию жизни» пациента) является информированное добровольное согласие гражданина (ч. 1 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). При этом гражданин имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения (ч. 3 ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»). Таким образом, законодатель ставит медицинских работников в явно двусмысленную ситуацию, при которой противоправным признается как осуществление медицинского вмешательства вопреки воле гражданина, так и прекращение медицинского вмешательства в соответствии с волей последнего, если это влечет за собой «ускорение» наступления смерти, что охватывается умыслом гражданина и сознанием медицинского работника.

Проведенный анализ может свидетельствовать о том, что человечество в целом пока не готово к эффективному решению рассматриваемой проблемы – ни мировоззренчески, ни нравственно, ни юридически. Между тем проблема стремительно переходит в разряд насущных и вряд ли еще долго удастся прятаться от нее за общими фразами и невнятными юридическими конструкциями. В этой связи требует дальнейшего совершенствования и российское законодательство, причем в первую очередь это касается законодательства о здравоохранении, где следует четко и недвусмысленно разграничить пассивную эвтаназию и реализацию права тяжелобольного пациента на отказ от медицинского вмешательства.

Литература.

1. Биомедицинские технологии и право в третьем тысячелетии / В.П. Сальников, О.Э. Старовойтова, А.Е. Никитина, Э.В. Кузнецов. СПб., 2003.

2. Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии. Петрозаводск, 1998.
3. Капинус О.С. Эвтаназия как социально - правовое явление: монография. М.: Буквоед, 2006.
4. Налчаджян А.А. Загадка смерти. СПб.: Питер, 2004.
5. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2011. - №48. – Ст. 6724.
6. Пулмэн Д. Достоинство человека, боль и страдание // Человек. 2001. №3. С. 398 - 400.
7. Уголовное право. Общая часть / под ред. И.Я. Козаченко, З.А. Незнамова. М., 1998. С. 198 -200.
8. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 г. №63-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. №25. Ст. 2954.
9. Философия Ф. Бэкона. Л., 1987.

ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СУРРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА

Ившин И.В., Цыганова О.А.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Одной из острейших проблем современной России является демографическая проблема, для решения которой в последние годы органами государственной власти предпринимаются различные меры, в том числе направленные на стимулирование рождаемости. Вместе с тем, по различным оценкам около 10 - 20% российских семей не могут иметь детей, что характеризует рассматриваемую проблему не только как демографическую, общесоциальную, но и как медицинскую, семейную, личностную. Женщина является причиной бесплодия в браке в 45% случаев, мужчина - в 40% [4]. Как показывает статистика, в конце 70-х годов XX века количество бесплодных пар в мире составляло 5%. Сегодня эта цифра равна 10 - 15% по обращаемости и доходит до 18 - 20%, а по некоторым данным - до 30% с учетом активного выявления, в то время как уже 15% по критериям ВОЗ является свидетельством того, что проблема приобрела государст-

венное значение. За последние 50 лет рождаемость в России снизилась с 33,3% до 16,4 - 12,3% (в 2,7 раза), в то время как общая смертность - всего в 1,7 раза [8]. В результате показатель естественного прироста стал отрицательным.

Суррогатное материнство как современный метод искусственной репродукции человека представляет «бесплодным» семьям реальную возможность завести «своего» ребенка и может рассматриваться в качестве одного из частных направлений решения демографической проблемы. Этот метод позволяет избежать проблем морально-этического характера, ведущих к нарушению взаимоотношений с партнером (супругом) и распаду семьи. В настоящее время ежегодно до 700 000 супружеских пар в мире лечатся по программам вспомогательных репродуктивных технологий [7]. Вместе с тем, следует отметить, что внедрение в практику методов искусственной репродукции человека сопровождалось и продолжает сопровождаться множеством морально-этических и юридических проблем. Кроме того, на сегодняшний день по-прежнему имеются пробелы в правовом регулировании суррогатного материнства.

В Российском законодательстве различные аспекты суррогатного материнства регулируются нормами различной отраслевой принадлежности. Соответствующие нормы содержатся в Семейном кодексе Российской Федерации (пункт 4 статьи 51, пункт 3 статьи 52) [16]; Федеральном законе от 15 ноября 1997 г. №143-ФЗ «Об актах гражданского состояния» (пункт 5 статьи 16) [10]; Гражданском кодексе Российской Федерации (гл. 39 ГК РФ); Федеральном законе от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статья 55) [12], приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 февраля 2003 г. № 67 «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия» [11] и некоторых иных нормативно-правовых актах. Подобное рассредоточение норм представляется неприемлемым ввиду сложности и многогранности решаемых при этом вопросов.

Следует отметить, что положительной стороной действующего законодательства в данной области является то, что процедура регистрации ребенка проходит не через процедуру усыновления, а путем записи супругов в качестве родителей ребенка, рожденного суррогатной матерью. Регистрация рождения ребенка и запись о родителях производятся по правилам, предусмотренным ст. 51 Семейного кодекса РФ. Так, в соответствии с п. 4 ст. 51 Семейного кодекса РФ лица, состоящие в браке между собой и давшие свое согласие в письменной форме на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, могут быть записаны родителями ребенка только с согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери). Статья 16 ФЗ «Об актах гражданского состояния» устанавливает, что при государственной регистрации рождения ребенка по заявлению супругов, давших согласие на имплантацию эмбриона другой женщине в целях его вынашивания, одновременно с документом, подтверждающим факт рождения ребенка, должен быть представлен документ, выданный медицинской организацией и подтверждающий факт получения согласия женщины, родившей ребенка (суррогатной матери), на запись указанных супругов родителями ребенка. Таким образом, суррогатная мать по действующему законодательству может оставить себе генетически чужого ей ребенка, официально считаясь его матерью со всеми вытекающими отсюда правовыми последствиями («презумпция материнства суррогатной матери»). Это может произойти как в силу материнских чувств, возникших к вынашиваемому ребенку, так и, например, с целью шантажа генетических родителей. Последний вариант развития событий для генетических родителей представляется наиболее конфликтным. При этом семейное законодательство не предусматривает срока, в течение которого суррогатная мать может дать такое согласие. Представляется верным мнение Л.К. Айвара, что максимально этот срок может соответствовать периоду, установленному законодательством об актах гражданского состояния для регистрации рождения ребенка в органах ЗАГС, - один месяц [1].

Следует отметить, что с принятием ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» правовое регулирование в рассматриваемой сфере претерпело ряд существенных изменений. Так, ранее действовавшее российское законодательство однозначно закрепляло, что суррогатной программой может воспользоваться только супружеская пара, а имевшиеся пробелы в правовом регулировании порождали существенные проблемы, связанные с определением правового положения сторон – участников программы суррогатного материнства. В статье 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые получили законодательные определения такие важнейшие понятия, как вспомогательные репродуктивные технологии, суррогатное материнство и суррогатная мать. Впервые закреплено, что право на применение вспомогательных репродуктивных технологий принадлежит как лицам, состоящим в зарегистрированном браке, так и мужчине и женщине, не состоящим в браке, а также одинокой женщине. Одинокие мужчины, согласно ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», такого права не получили. Впервые на уровне закона установлено, что суррогатное материнство осуществляется на основании договора, заключаемого между суррогатной матерью и потенциальными (генетическими) родителями либо родителем (одинокой женщиной). Вместе с тем, законодательство в данной сфере требует дальнейшего совершенствования. Соответствующие изменения должны быть внесены в Семейный кодекс РФ для гармонизации его с претерпевшим изменения медицинским законодательством. Кроме того, своего разрешения требуют и иные проблемы и пробелы. В частности, представляется крайне важным решить вопросы установления происхождения рожденных суррогатной матерью детей в случае смерти потенциальных родителей до рождения детей; удостоверения родительских прав в отношении детей, зачатых из криоконсервированных половых клеток после гибели генетического родителя (родителей); исключить возможность применения презумпции материнства суррогатной матери и т.д.

Следует также отметить, что до настоящего времени отсутствует единое доктринальное понимание сущности договорных отношений по поводу суррогатного материнства. Одни авторы полагают, что соглашение о суррогатном материнстве нельзя рассматривать в качестве гражданско-правового договора возмездного оказания услуг [5]. Другие авторы считают, что подобный договор согласно ст. 169 Гражданского кодекса РФ вообще следует отнести к разряду ничтожных сделок как нарушающий основы нравственности и правопорядка [6]. Вместе с тем, представляется очевидным, что рассматриваемый договор имеет под собой объективную основу - реально существующие общественные отношения. Следует согласиться с Т.И. Борисовой, которая, исходя из целей и содержания отношений, возникающих в процессе заключения и реализации договора о суррогатном материнстве, определяет его как соглашение, по которому одна сторона (суррогатная мать) обязуется по заданию другой стороны (супругов-заказчиков) после искусственного оплодотворения пройти процедуру имплантации эмбриона, выносить, родить и передать ребенка супругам-заказчикам, а супруги-заказчики обязуются оплатить за оказанные услуги установленную плату, если она предусмотрена данным договором [3]. Данный договор относится к категории консенсуальных, поскольку он считается заключенным с момента достижения соглашения по всем его существенным условиям. Кроме того, этот договор является синалагматическим в силу того, что права и обязанности лежат на обеих сторонах.

Очевидно также, что договор суррогатного материнства имеет схожие признаки с договором возмездного оказания услуг. Статья 779 Гражданского кодекса РФ называет возмездным оказанием услуг договор, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги. С учетом данного обстоятельства Е.С. Митрякова предлагает законодателю «принять во внимание бесспорное сходство договора о суррогатном материнстве с договором возмездного оказания услуг и включить его в перечень договоров, на которые распространяется

действие главы 39 Гражданского кодекса РФ ... несмотря на то, что иногда данный договор бывает безвозмездным, в большинстве случаев он носит возмездный характер и соответственно имеет признаки договора возмездного оказания услуг» [9]. По мнению А.А. Пестериковой, договор о суррогатном материнстве следует выделить в отдельный самостоятельный вид договора [13]. Договор суррогатного материнства отличается и от договора подряда. На данное обстоятельство обращалось внимание в литературе. При этом подчеркивалось, что в договоре подряда речь идет об обязанности подрядчика выполнить по заданию заказчика определенную работу. В то время как действия суррогатной матери нельзя назвать работой в том смысле, в котором понимает это слово работодатель. Работа гарантирует результат. В отношениях суррогатного материнства гарантировать результат невозможно [9]. Об отличии договора суррогатного материнства от договора подряда свидетельствует и то обстоятельство, что в договоре подряда подрядчик вправе привлечь к исполнению своих обязанностей других лиц (субподрядчиков), если из закона или договора не вытекает обязанность подрядчика выполнить предусмотренную в договоре работу лично, а по договору о суррогатном материнстве суррогатная мать обязана оказать услуги лично.

Изложенное не исчерпывает всех проблем, связанных с применением суррогатного материнства. Вместе с тем, следует особо подчеркнуть необходимость создания полноценной нормативно-правовой базы о суррогатном материнстве, содержащей подробную регламентацию всех аспектов правоотношений, возникающих в связи с его применением.

Литература.

1. Айвар Л.К. Правовая защита суррогатного материнства // Адвокат. 2006. № 3. С. 13 - 18.
2. Афанасьева И.В. Правовое регулирование суррогатного материнства // Медицинское право. 2007. № 2. С. 32 – 34.
3. Борисова Т.Е. Договор суррогатного материнства: актуальные вопросы теории, законодательства и практики//Российская юстиция.2009. №4. С. 7 - 10.
4. Дронова Ю.А. Что нужно знать о суррогатном материнстве. М.: Городец, 2007. 112 с.

5. Жуков Б.Н. О некоторых вопросах установления отцовства в добровольном порядке, не урегулированных действующим законодательством // Семейное право. 2004. № 2. С. 8 - 11.
6. Косова О.Ю. Семейный кодекс Российской Федерации и некоторые вопросы регулирования брачно-семейных отношений // Правоведение. 1996. № 2. С. 46 - 53.
7. Малиновская Е.Г. Правовое регулирование суррогатного материнства в Российской Федерации и в республике Беларусь // Семейное и жилищное право. 2007. № 2. С. 32 - 35.
8. Малярская М.М. Социально-медицинские аспекты проблемы бесплодного брака [Электронный ресурс]: URL: <http://www.med2000.ru>.
9. Митрякова Е.С. Правовое регулирование суррогатного материнства в России. Дис. ... канд. юрид. наук. Тюмень: Изд-во РГБ, 2007. 175 с.
10. Об актах гражданского состояния. Федеральный закон от 15 ноября 1997 года № 143-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 1997. № 47. Ст. 5340.
11. О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия. Приказ Минздрава России от 26 февраля 2003 года № 67 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2003. № 32.
12. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 2011. - №48. – Ст. 6724.
13. Пестрикова А.А. Проблемы договора о суррогатном материнстве // Гражданское право. 2006. № 2. С. 14 - 17.
14. Померанцева Е.И., Козлова А.Ю., Супруга О.М. Законодательное обеспечение вспомогательных репродуктивных технологий // Проблемы репродукции. 2001. № 2. С. 58 - 62.
15. Рулан Н. Юридическая антропология. М.: Норма, 1999. 301 с.
16. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 года № 223-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 1996. № 1. Ст. 16.
17. Чаплыгин А.Н. Суррогатное материнство: to be or not to be? // Актуальные проблемы частноправового регулирования: материалы Всерос. науч. конф. молодых ученых. Самара: Изд-во Самар. ун-та, 2004. С. 384 - 386.
18. Чернова Ж.В. Семейная политика в Европе и России: гендерный анализ. СПб.: Норма, 2008. 605 с.

МИЛОСЕРДИЕ. ДВЕ МОРФЕМЫ СЛОВА – «МИЛОСТЬ» И «СЕРДЦЕ»

Иеромонах Александр (Усачев)

Московский патриархат, Пермская епархия Русской Православной Церкви, Свято-Троицкий Стефанов мужской монастырь.

ГАОУ ДПО «Пермский краевой центр повышения квалификации работников здравоохранения»

Этимологически слово «милосердие» восходит к временам равноапостольных Кирилла и Мефодия, просветителей славян, которые сделали калькированный (буквальный) перевод с древнегреческого языка термина, которого не было тогда в древнерусском языке. А слово это двухсоставное, т.е. состоит из двух слов – «милость» и «сердце». И понятие милосердия (милость, исходящая от сердца из любви к ближним) восходит к первой и самой главной заповеди Божией к людям: «Возлюби Бога твоего всем сердцем твоим, всем помышлением твоим, всею силою твоею и ближнего твоего, как самого себя». Эта заповедь состоит из двух частей: возлюби Бога твоего и возлюби ближнего твоего, как самого себя. Из этой заповеди происходят все остальные заповеди. Бесполезно соблюдать человеку прочие 9 заповедей, если не соблюдена первая, о чем апостол Павел пишет в послании к Коринфянам (1 Кор: 13, 1—3): «Если я говорю языками человеческими и ангельскими, а любви не имею, то я – медь звенящая, или кимвал звучащий (разновидность гуслей). Если имею дар пророчества и знаю все тайны и имею всякое познание и всю веру, так что могу и горы переставить, а не имею любви, то я – ничто. И если я раздам все имение мое и отдам тело мое на сожжение, а любви не имею, — нет мне в том никакой пользы».

Таким образом, милосердие – это одно из проявлений любви. Любовь же, как Божественное качество, наиболее полно исследована и описана именно святыми отцами Церкви Православной. Библия — книга историческая и она недвусмысленно говорит о том, для чего создан человек: человек – это образ и подобие Божие и, в отличие от животных, он несет в своей душе Божественные качества, среди ко-

торых любовь – одно из явлений Божественного свойства. Творец изливает Свою безграничную любовь на Свои ограниченные создания ангелов и людей, и те духовно возгораются от силы этой любви и, подобно творцу, начинают изливать эту любовь и на ближних. Без такой любви жизнь не только не имеет смысла, но и была бы попросту невозможна, поскольку сам Бог есть Любовь и по любви создал всю Вселенную. Каковы же свойства такой Любви? Апостол Павел пишет: «Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, не превозносится, любовь не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, а сорадуется истине; все покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит... Любовь никогда не перестает» (1 Кор: 13, 4—8). Здесь говорится о любви жертвенной, которую следует отличать от любви плотской, телесной, которая хороша только между супругами и служит к продолжению рода. Телесная любовь не основная; служа размножению, она истощает силы организма. Поэтому Церковь Новозаветная и Ветхозаветная всегда призывала супругов к воздержанности (в Новом Завете – это соблюдение постов между супругами, а в Ветхом Завете – принесение в Храм жертвы за грех и жертвы очищения за каждое супружеское соитие, что стоило немалых денег) и к возрастанию душ обоих супругов, именно до состояния жертвенной любви друг к другу.

Итак, церковное учение подразделяет первую заповедь на любовь к Богу, к ближнему и к самому себе.

1. Первой и наибольшей заповедью Христос Спаситель назвал заповедь о любви к Богу: «Возлюби Господа Бога твоего всем сердцем твоим, всей душой твоей и всем разумением твоим» (Мф: 22, 37—38). Здесь прямо внушается, что настолько предпочтительна любовь к Богу, насколько Бог выше всего сущего. Всякая другая любовь в нас должна быть меньшей (например, любовь между супругами, почитание родителей, любовь к детям).

2. Взаимосвязана с этой заповедью и вторая, подобная ей: «Возлюби ближнего твоего как самого себя» (Мф: 22,39). «Как Я возлю-

бил вас, — говорит каждому из нас Спаситель, — так и вы да любите друг друга» (Ин: 13, 34).

3. Любовь к самому себе связана не столько с приобретением материальных благ, сколько с обретением высшего блага, которое состоит в развитии каждому дарованных Богом талантов, в особенности же в нравственном самоусовершенствовании и живом тесном единении с Богом (человек как образ Божий должен стать и подобием Его — это называется в Богословии обожением). «Что пользы человеку, говорит Спаситель, — приобрести весь мир, а себя самого погубить или себе самому повредить» (Лк: 9,25).

Более подробно остановимся на видах христианской любви к ближним (описание их имеет непосредственное значение для медицинского работника). К ним относятся справедливость, дружелюбие и милосердие.

1. Справедливость состоит из: а) долга правдивости: апостол Павел учит «отвергнуть скрытность, не прибегать к хитрости» (2 Кор: 4, 2). Нельзя, конечно, сказать, что мы обязаны всем все говорить; истину надо сообщать с мудростью. Бывают такие случаи, что мы вынуждены из любви к ближнему, например больному, скрыть истину под оболочкой неистинного слова. Но решительно должна быть отвергнута всякая ложь по эгоистическим побуждениям; б) долга искренности (то есть чистосердечия и откровенности); в) долга честности.

2. Дружелюбие. Речь идет не о личной привязанности к кому-либо, а о христианской дружбе к ближним. Епископ Костромской Виссарион (Нечаев) так об этом писал: «Верный друг не пожалеет своего спокойствия, здоровья и собственности, чтобы облегчить твое положение; ...если не делом, то добрым словом поможет тебе..., верный друг одним участием своим облегчит твое горе. Тяжело бывает горе, когда некому его высказать..., но оно вполнину облегчается или со всем исчезает, если есть близкое к нам существо..., в сочувствии которого мы не сомневаемся»

3. Милосердие к ближним состоит из: а) долга утешать больных и опечаленных: «Плакати к плачущими» (Рим: 12, 15) и «поминать

узники озлобляемые» (Евр: 13, 3). Утешать надо не только на словах, но и всей настроенностью своей души. При этом требуются осторожность и искусство, чтобы вместо утешения не причинить опечаленному досады; б) долга благотворения нуждающимся. Заслуга благотворительности не только заключается в материальной помощи, но и в духовном воспитании бедных. Благотворитель должен, подавая милостыню, давать также и духовные советы, влияя на всю личность нуждающихся. Благотворительность должна быть добровольна, бескорыстна, самоотверженна, ласкова, нелицеприятна (то есть одинаково относиться и к христианам, и к нехристианам, друзьям и врагам и т.д.); в) терпения к согрешающим и прощения провинившихся против нас (а этим в особенности обусловлен мир с ближними); г) любви к врагам. Господь Наш Иисус Христос призвал нас в Евангелии к самопожертвованию, которое естественно проистекает из любви к ближним. Он обращается ко всем людям на земле, но наиболее это касается тех, кто выбрал своей специальностью медицину, поскольку медицина – наиболее деликатная область работы с человеком во всей его богоподобной целостности. И тот, кто искренне отдает всего себя, горя служением больному, по слову Евангельскому, получает от Бога несметные духовные блага, а кто бережется, работая без самоотречения, духовно выгорает. Так погибнут душевно те, кто будет очень беречь свою телесную жизнь, когда Господь будет призывать своих последователей к самопожертвованию: «Кто хочет душу свою сберечь, тот потеряет ее, а кто потеряет душу свою ради Меня и Евангелия, тот сбережет ее», — так говорит Наш Иисус Христос (Мк: 8,35).

ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ РОССИИ В ДЕЙСТВИИ

Ипатова Е.С.

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»,
АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

В настоящее время возросло внимание к изучению вопросов этики и этических принципов в здравоохранении, в том числе в сест-

ринском деле. Во многом это связано со стремительным темпом развития и усложнения медицинских технологий, повышением доступности медицинской помощи и информированностью общества о медицине, стремлением населения к более активному участию в процессе принятия решения о своем здоровье.

В Федеральном законе от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в статье 6.1 прописано, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации.

Учитывая большое значение этического начала в здравоохранении и важную роль в современном обществе самой массовой из медицинских профессий – профессии медицинской сестры на III Всероссийской конференцией по сестринскому делу в июне 1996 года в первом чтении был принят Этический кодекс медицинской сестры России. В апреле 1997 года Кодекс был рассмотрен Этическим комитетом России и одобрен Проблемной Комиссией по сестринскому делу Управления учебными заведениями министерства здравоохранения Российской Федерации. Создание этого документа стало важным этапом реформы сестринского дела в России, основной целью явилось утверждение автономии и самостоятельности данной профессии.

Этический кодекс медицинской сестры России был разработан с учетом новых идей, определивших в течение последних трех десятилетий содержание медицинской этики вообще и профессиональной этики медицинской сестры в частности. Прежде всего, Кодекс отразил современные представления о правах пациента, которые являются содержанием конкретных обязанностей, долга медицинской сестры.

Этический кодекс медицинской сестры России составлен на основе Устава Всемирной организации здравоохранения, международных документов по медицинской этике: Лиссабонской декларации о правах пациента Всемирной медицинской ассоциации, Европейского

кодекса медицинской этики, Декларации о политике в области прав пациентов в Европе Всемирной организации здравоохранения, Этического кодекса медицинских сестер Международного совета медицинских сестер и некоторых других документов.

Для того чтобы Кодекс оставался современным и был применим в сегодняшней практике ухода за пациентами, он должен регулярно пересматриваться и обновляться. В июне 2010 года Правление Российской Ассоциации медицинских сестер пересмотрело и утвердило Этический кодекс в новой редакции, где указано, что сестринское дело - это профессия, основанная на определенных знаниях и навыках, полученных благодаря образованию и практике, уходе за пациентами и защите интересов людей и общества. Именно Этический кодекс дает четкие нравственные ориентиры профессиональной деятельности медицинской сестры, этической основой, которой являются гуманность и милосердие.

Искусство сестринского дела заключается в гармоничном сочетании творческого подхода и научной обоснованности процедур, пособий, словесных воздействий и бесед в процессе ухода за больным; в умении порой защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств, как известно, существенно затягивающих выздоровление. Такая защита важна для людей любого возраста, но особенно для детей и престарелых. Чтобы осуществить ее, медсестра должна быть готова к сопереживанию, должна проявлять доброту, отзывчивость, участие. Но в ряде случаев просто хороших человеческих качеств недостаточно. Установление с пациентом профессиональных взаимоотношений, выслушивание, поддержка, обучение, советы, бдительность требуют от медсестры глубоких знаний и навыков.

Важнейшими задачами профессиональной деятельности медицинской сестры являются: комплексный всесторонний уход за пациентами и облегчение их страданий; восстановление здоровья и реабилитация; содействие укреплению здоровья и предупреждение заболеваний. В новой редакции Этического кодекса дано понятие о всестороннем комплексном уходе, включающем выполнение врачебных назначений, сестринские вмешательства в рамках независимой помощи,

мероприятия, проводимые совместно с иными участниками мультидисциплинарной бригады и направленные на достижение наилучших результатов медицинской помощи, в том числе, наивысшего качества жизни пациента в конкретной ситуации, связанной со здоровьем.

В отношении пациента у врача и медицинской сестры были, есть и будут всегда общие цели и задачи — сохранение его здоровья и жизни. Действия медицинской сестры, выполняемые в рамках мультидисциплинарной бригады, должны быть нацелены на достижение комплексного результата: на благо пациента во всех направлениях комплексной медицинской помощи, не ограничиваясь сугубо медицинскими аспектами.

Медицинский работник решает этические вопросы, соблюдая врачебную тайну, обсуждая и делясь с коллегами своими знаниями и опытом. Абстрактные решения проблем никогда полностью не устраняют чувства нерешительности и неуверенности, которые возникают при принятии решения или оценивание правильности того или иного поступка. Нет механических приемов или алгоритмов, которые можно применить в ситуации морального сомнения. Более практичным подходом для принятия обоснованного решения является использование этических принципов. Один из ведущих специалистов в области медицинской этики, профессор Томпсон Фаллер выделяет 4 основных принципа специфической, профессиональной медицинской этики, которые включают в себя: милосердие, автономию, справедливость и полноту медицинской помощи.

В 5 статье Этического кодекса медицинской сестры России сказано, что медицинская сестра должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, расовой принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий. Осуществляя уход, медицинская сестра должна уважать право пациента на участие в планировании и проведении лечения. При этом решение пациента в отношении стратегии оказания медицинской помощи остается приоритетным даже в тех случаях, когда принятое решение противоречит мнению медицинских

работников. Проявление высокомерия, патернализма, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы.

Решение пациента в отношении оказания ему медицинской помощи, основанное на личной системе этических ценностей, должно приниматься медицинской сестрой с уважением даже в том, случае, если принятое решение противоречит ее личной системе ценностей или постулатам медицинской науки. Принцип автономии требует уважения к личности каждого пациента и его решениям. Медицинская сестра не вправе навязывать пациенту свои моральные, религиозные, политические убеждения.

Одно из важнейших направлений профессиональной этики – взаимоотношение врача и медицинской сестры. До недавнего времени не поднимались эти вопросы, так как медицинской сестре отводилась однозначная роль технической помощницы врача, имеющая вспомогательный характер. Развитие медицины вносит коррективы – медицинская сестра становится представителем самостоятельной профессии. Взгляды врача и медсестры на какие-либо особенности ухода за больным могут не совпадать. Тогда нужно тактично обсудить спорные вопросы с врачом и выработать единый план ухода. Однако право отстаивать иную точку зрения должно сочетаться с профессиональными знаниями и практическими умениями и не должно нарушать древнюю этическую заповедь медицины “Прежде всего - не навредить!”

Моральный и профессиональный долг медицинской сестры помогать пациенту, выполнять программу лечения, назначенную врачом, а так же реализовывать компоненты сестринского ухода. Медицинская сестра должна поддерживать авторитет и репутацию своей профессии. Уважение к профессии поддерживается поведением сестры в любой ситуации, как во время работы, так и вне ее, культурой поведения и отношений с коллегами, пациентами и любыми иными гражданами. Поведение медицинской сестры не должно быть примером отрицательного отношения к здоровью, и это очень актуально в настоящее время.

Внедрение в практику принципов этического регулирования профессии требуют от медицинских сестер изучения, адаптации и принятия принципов медицинской этики, принятых международным профессиональным сообществом, что значительно приблизит их к коллегам всего мира.

Этический кодекс медицинской сестры России, принципы милосердия, автономности и справедливости создают сегодня основу для успешной реализации сестринским персоналом своих задач и оказания помощи пациентам на современном уровне.

Для дальнейшего эффективного внедрения этического кодекса Российской ассоциации медицинских сестер (РАМС) проводится постоянная работа во многих регионах. Президент РАМС В.А. Саркисова уделяет данному направлению деятельности особое внимание, курирует секцию по этике. При непосредственном участии РАМС в Ассоциации медицинских работников Архангельской области (АМРАО), ранее – Ассоциации медицинских сестер Архангельской области (АМСАО), функционирует комитет по этике. Многолетнюю работу в данном направлении проводит лидер сестринского движения Р.Л. Грошева (президент АМСАО - АМРАО с 1995 по 2012 гг., в настоящее время – советник президента АМРАО по международной деятельности). По ее инициативе исследовательская работа по этике реализуется членами АМРАО совместно с медицинскими сестрами из Университета г. Тромсе. При поддержке РАМС и Ассоциации медицинских сестер Норвегии в настоящее время президент АМРАО А.В. Андреева продолжает развивать изучение и внедрение этического кодекса медицинской сестры России в нашем регионе, принимая участие в подготовке нового издания по данной теме и истории развития сестринского дела.

Члены АМРАО регулярно участвуют в российских и международных конференциях по вопросам медицинской этики, где докладывают результаты проведенных исследований, в том числе реализованных на факультете высшего сестринского образования в Северном государственном медицинском университете.

ЭТИКА В ПСИХИАТРИИ

Коровкина И. В.

ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница»,
Архангельская область

Стремительное развитие медицины, появление новых технологий, расширение возможностей воздействия на человеческую жизнь, осознание целостности организма и личности требуют неукоснительного соблюдения этических принципов и правил. Вопросы медицинской этики занимают одно из важнейших мест в медицине с древних времен и до наших дней. В современном здравоохранении понятия уважения личности, самостоятельности пациента и самоопределения являются первостепенными; они находятся в центре любых отношений между медицинским работником и пациентом.

Психиатрия, являясь одним из разделов медицины, так же требует соблюдения этических принципов: автономии, непричинения вреда, благодеяния и справедливости. Но, учитывая личностные особенности лиц, страдающих психическими расстройствами, это вызывает определенные трудности. Такие пациенты требуют к себе особого отношения. Среди них немало людей с социально деформированным, девиантным, асоциальным и антисоциальным поведением. Они очень различаются по глубине и степени выраженности психических нарушений, интеллектуальному уровню, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению, выражению и защите своих интересов. Все это накладывает на медицинских работников, оказывающих психиатрическую помощь дополнительную нагрузку по совершенствованию своего нравственного облика, по воспитанию в себе высокой толерантности к лицам с психическими отклонениями. Пациенты не должны испытывать негативного отношения со стороны персонала и подвергаться социальным ограничениям. [4]

Основной движущей силой при оказании психиатрической помощи, имеющей большее значение по сравнению с другими медицинскими направлениями, являются взаимоотношения между медицинским работником и пациентом. Именно характер их взаимодейст-

вия определяет значение этических норм. Правовое регулирование далеко не всегда может разрешить все сложные аспекты психотерапевтических отношений, возникающих при оказании медицинской помощи. Однако, учитывая необходимость этического регулирования, в статье 19 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» закреплены этические и правовые нормы на один уровень, определяя, что деятельность медицинского персонала при оказании психиатрической помощи «основывается на профессиональной этике и осуществляется в соответствии с законом». [3]

Установления взаимоотношений между медицинским работником и пациентом происходит в несколько этапов.

На начальном этапе происходит знакомство медицинского работника и пациента. Несмотря на свои проблемы, пациент знакомится с новой средой с окружающими, обычаями и особенностями лечебного учреждения. Предрассудки, предубеждения, воспоминания, негативное отношение к психиатрии в обществе вообще, могут затруднять адаптацию пациента к пребыванию в лечебном учреждении. Заботливое и гуманное отношение персонала, исключая проявление формализма, пренебрежение человеческим достоинством пациента независимо от характера высказываний или отклонений в поведении, вызванных психическим расстройством, помогает установить с ним контакт на начальном этапе лечения.

На развернутом этапе работа зависит от сформировавшегося контакта между пациентом и медицинским персоналом. Изменяющееся состояние пациента, все происходящее вокруг может вызвать у него страх, неуверенность, болезненные фантазии. Умение медицинского персонала выслушать, побеседовать, проявить внимание и заботу способствует более качественному проведению лечебного процесса и устраняет данные проявления. Существенным аспектом поддержания активности пациентов является развитие элементов самоуправления, с этой целью в отделениях проводятся еженедельные общие собрания персонала с пациентами. Целью таких собраний является преодоление авторитарности со стороны персонала, обучение продук-

тивному взаимодействию медперсонала и пациентов: учатся решать все вопросы «здесь и сейчас», а не после собрания, воспитывается культура взаимоотношения, возникают доверительные отношения пациентов с персоналом. Проведение групповых занятий с пациентами позволяет им отвлечься от болезненных переживаний, приобрести навыки продуктивного общения с социумом, мобилизовать творческую активность, позволяет пациентам выступать в роли терапевтов по отношению друг к другу, также способствует устранению некоторых негативных расстройств, плохо поддающихся фармакотерапии, выполняет задачи социального тренинга.

На конечном этапе возникают трудности с выпиской пациента. Пациент обеспокоен, он боится покинуть стены, где он был надежно защищен от опасности, где о нем заботились и, где у него было необходимое общение. Занятия, беседы о том, что его беспокоит, вызывает опасения и страхи в связи с выпиской, способствуют устранению этих затруднений и скорейшей адаптации пациента к жизни вне лечебного учреждения.

Личность медицинского работника, метод работы, стиль, умение общаться с пациентом, владение техникой психологической работы само по себе служит лекарством. И, как «лекарство» требует точной дозировки, а иногда может обладать побочным действием.

Неотъемлемым на всех этапах установления отношений между пациентом и персоналом становится соблюдение принципов медицинской этики.

Автономность или самостоятельность предполагает уважение к свободе личности, а также право пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от лечения, на полную информацию о заболевании и лечении. Оказание психиатрической помощи без согласия пациента регламентируется статьями 23 и 29 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», и возможно по решению суда, если тяжелое психическое расстройство «обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.» [1]

Важным этическим принципом со времен Гиппократов является принцип непричинения вреда. Это обязательный принцип, но он допускает некоторую долю риска. Применение силы для удерживания пациента, ставшего агрессивным и опасным для других, можно рассматривать и как умышленное причинение ему вреда, но оно морально оправдано. Подвергать пациента риску можно только в тех случаях, когда это объясняется достижением какой-то ясной цели, касающейся его здоровья, и когда нет другого выбора. [2] Данный принцип также получил свое отражение в статье 30 Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Медицинская этика требует от специалиста не только не причинения зла, но и совершения благодеяний. Уважение к нравственным ценностям пациента, который в конкретной ситуации сам выбирает для себя приоритеты между жизнью, свободой и автономией.

В целях совершенствования этических норм в области психиатрии в нашей стране психиатрами совместно с психологами, юристами и философами разработан «Кодекс профессиональной этики психиатра», утвержденный Пленумом правления Российского общества психиатров в 1994 г. В соответствии с Кодексом, главным направлением профессиональной деятельности психиатра является оказание психиатрической помощи всякому нуждающемуся в ней, а также содействие укреплению психического здоровья населения [3], что является реализацией этического принципа справедливости.

Роль медицинской сестры в оказании психиатрической помощи трудно переоценить. Медицинской сестре приходится выполнять руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. В соответствии с Этическим кодексом медицинской сестры, утвержденным решением правления Российской ассоциации медицинских сестер от

24.06.2010 г., медицинские сестры являются не просто помощниками врача, исполнителями его поручений, а представителями самостоятельной профессии, которые владеют навыками комплексного, всестороннего ухода за пациентами, облегчения их страданий, реабилитации, располагают знаниями в области психологии и психотерапии в пределах своей компетенции.

Секцией «Исследования в сестринском деле» региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Архангельской области» проводится изучение этического образа современной медицинской сестры. По результатам проведенного исследования планируется разработать Кодекс поведения медицинской сестры.

Литература.

1. Закон РФ от 2 июля 1992 г. N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями). <http://base.garant.ru/10136860/>
2. Голенков А. В., Козлов А. Б., Аверин А. В. Сестринское дело в психиатрии и наркологии. Конспект лекций. Чебоксары, 2006. 244 с.
3. Караваева Т. А., Вьюнова Т. С., Подсадный С. А. Значение этических норм и принципов в психотерапии и их закрепление в правовом регулировании / Т. А. Караваева, Т. С. Вьюнова, С. А. Подсадный // Вестник психотерапии
4. Ключникова П. Кодекс поведения медицинской сестры / П. Ключникова // Сестринское дело. – 2007. – № 1. – С. 40 – 41

АУТОДЕСТРУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ОБЩЕСТВА

Леус Э.В.

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова, Институт педагогики и психологии, Архангельск

Наивысшей ценностью для человека является ценность его жизни и здоровья, а потому остается актуальным изучение отношения человека к явлениям, таящим в себе реальную или потенциальную опасность для его жизни. По данным статистики Отдела процессу-

ального контроля следственного управления по Архангельской области и НАО, в 2011 году среди детей и подростков было совершено 12 самоубийств, в 2012 года зафиксировано 18 подобных случаев, и выявлены 57 попыток совершить самоубийство. По данным Всемирной организации здравоохранения, для подростков в возрасте от 15 до 20 лет самоубийство является третьей по счету причиной смерти после несчастных случаев и убийств [1].

Суицидальное поведение представляет собой одну из форм аутодеструктивного поведения, прогноз развития которого определяют психологические особенности, как выступая в качестве детерминирующих факторов его развития и изменяясь при наличии данной формы поведения. Роль личности в формировании аутодеструктивного поведения изучена недостаточно, основные работы по его изучению касаются различных клинических проявлений.

В настоящее время аутодеструктивное поведение несовершеннолетних имеет свои особенностей: эпидемическое распространение подобных тенденций среди подростков в России ставит его в разряд общесоциальных проблем; групповые способы воздействия, такие как заражение (в том числе эмоциональное), внушение, подражание, феномен группового давления на индивида значительно усиливают подобные тенденции, способствуют более глубокой деструкции личности; аутодеструктивное поведение тесно коррелирует с социально-психологической дезадаптацией личности; его дебюты среди подростков, а зачастую и реализация происходят с каждым годом все раньше. Особенности аутодеструктивного поведения несовершеннолетних обеспечивают актуальность его разностороннего исследования.

Возраст существенно влияет на особенности суицидального поведения, кризисные периоды жизни, такие, как юность или начало старости, характеризуются повышением суицидальной готовности. Суицидальное поведение в детском возрасте носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания. Большинство исследователей отмечает, что суицидальное

поведение у детей до 13 лет - редкое явление и только с 14-15-летнего возраста суицидальная активность резко возрастает, достигая максимума к 16-19 годам, а концепция смерти у ребенка приближается к адекватной лишь к 11 - 14 годам, после чего ребенок может по-настоящему осознавать реальность и необратимость смерти. Маленький ребенок скорее фантазирует по поводу смерти, плохо понимая различия между живущим и умершим. И только ближе к подростковому возрасту смерть начинает восприниматься как реальное явление, хотя и отрицается, кажется маловероятной для себя [2, 3, 4].

Мотивы, которыми дети объясняют свое поведение, кажутся несерьезными и мимолетными. Для них в целом характерны впечатлительность, внушаемость, низкая критичность к своему поведению, колебания настроения, импульсивность, способность ярко чувствовать и переживать. Самоубийство в детском возрасте побуждается гневом, страхом, желанием наказать себя или других нередко суицидальное поведение сочетается с другими поведенческими проблемами, например прогулами школы или конфликтами. Возникновению суицидального поведения также способствуют тревожные и депрессивные состояния. Признаками депрессии у детей могут быть: печаль, несвойственное детям бессилие, нарушения сна и аппетита, снижение веса и соматические жалобы, страхи, неудачи и снижение интереса к учебе, чувство неполноценности или отвергнутости, чрезмерная самокритичность, замкнутость, беспокойство, агрессивность и низкая устойчивость к фрустрации. Несколько иная картина суицидального поведения характерна для подростков, так у них попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь многие из них достигают своей цели [2]. Суицидальное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе - шантажа. В группе подростков также несколько возрастает роль психических расстройств, например депрессии. К «детским» признакам депрессии присоединяются чувство скуки и усталости, фиксация внимания на мелочах, склонность к бунту и непослушание, злоупотребление алкоголем и наркотиками [5].

В целом можно говорить о значительном влиянии на суици-

дальное поведение подростков межличностных отношений со сверстниками и родителями. В предпубертатном возрасте преобладают «семейные» проблемы, а в пубертатном - «сексуальные» и «любвные». После 14 лет суицидальное поведение проявляется приблизительно одинаково часто и у девушек и у юношей [6]. У старших подростков суицидальное поведение нередко связано с интимно-личностными отношениями, например несчастной любовью. Как группа молодые люди склонны к депрессии. Степень депрессии часто является показателем серьезности суицидальной угрозы. Другим чрезвычайно важным фактором, к сожалению относительно мало изученным, выступает влияние подростковой субкультуры, например «эмо».

В качестве психологических предикторов суицидального поведения отмечают такие, как: пол; возраст; повышенная чувствительность к фрустрации; переживание безысходности, равнодушие к внешнему миру потеря смысла жизни; признаки депрессии (снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной; отсутствие реакции на деятельность или события, которые в норме ее вызывают; внешне выраженная психомоторная заторможенность или ажитация; заметное снижение либидо; снижение энергии; повышенная утомляемость); дефицит духовных потребностей созидательного характера; психические расстройства; снижение самооценки; беспричинное чувство самоосуждения; чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти, суицидальное поведение; нерешительность; аффективные нарушения; дезадаптация личности в условиях микросоциального конфликта; душевная боль; состояние фрустрации; истероидный, неустойчивый или гипертимный тип акцентуации характера; тревожность; пессимизм; межличностная изоляция; беспомощность; безнадежность; чувство собственной незначительности.

Психологический портрет подростка-суициданта выглядит следующим образом: как заниженная самооценка, так и высокая потребность в самореализации. Это сенситивный, эмпатичный человек со сниженной способностью переносить боль. Его отличают высокая

тревожность и пессимизм, тенденция к самообвинению и склонность к суженному (дихотомическому) мышлению. Также отмечаются трудности волевого усилия и тенденция ухода от решения проблем. Максимализм в оценках у данной группы подростков, неумение предвидеть истинные последствия своих поступков и прогнозировать исходы сложившейся ситуации, отсутствие жизненного опыта, свойственные этому периоду может создавать у них ощущение безысходности, неразрешимости конфликта, порождать чувство отчаяния и одиночества, которые в свою очередь приводят к суициду. Чаще такой подросток имеет акцентуации характера по истероидному, гипертимному и эпилептоидному типу.

С целью изучения распространенности предрасположенности несовершеннолетних к проявлениям аутоагрессивного поведения, было проведено обследование младших и старших подростков обоего пола, проживающих в городской и сельской местности с использованием авторской методики диагностики отклоняющегося поведения (СДП) [7] и пакета психодиагностических материалов для выявления особенностей личности. По результатам мониторинга можно сделать некоторые обобщенные выводы:

1. От общего числа обследованных школьников склонность к данному виду поведения была выявлена чуть больше, чем у половины, причем для основной массы характерна ситуативная склонность к демонстрации данного вида поведения и лишь около 10% имеют сформированные личностные черты, которые могут спровоцировать суицидальное поведение. Подобные тенденции прослеживались в группах младших и старших подростков.

2. Несовершеннолетние со склонностью к аутоагрессивному поведению чаще демонстрировали делинквентное и агрессивное поведение; для них были характерны такие личностные черты, как эмоциональная неустойчивость, невыдержанность, нетерпеливость, низкая конформность, робость, повышенная тревожность, неуверенность в себе. Причем для младших подростков больше были характерны такие черты, как интровертированность, ригидность, тревожности, страх ситуации проверки знаний; для старших - эмоциональная неус-

тойчивость, невыдержанность, нетерпеливость, неуверенность в себе, осторожность, непостоянство, тревожность, импульсивность и напряженность, склонность к формированию зависимостей разного рода.

Таким образом, суицидальное поведение в настоящее время является глобальной общественной проблемой. Возраст существенно влияет на его особенности: в детском возрасте оно носит характер ситуационно-личностных реакций, т.е. связано собственно не с самим желанием умереть, а со стремлением избежать стрессовых ситуаций или наказания; среди подростков попытки самоубийства встречаются существенно чаще, чем у детей, причем лишь многие из них достигают своей цели, подобное поведение в этом возрасте чаще имеет демонстративный характер, в том числе – шантажа. Важным является и характер межличностных отношений со сверстниками и родителями. Но, несомненно, необходимо учитывать такие предпосылки суицидального поведения подростков, как политическую и экономическую стабильность в обществе, позволяющие защитить своих граждан, создав оптимальные условия для всестороннего гармоничного развития личности, вместо борьбы за выживание.

Литература.

1. Электронное периодическое издание «Двина-Информ» // <http://www.dvinainform.ru/society/2012/11/29/11215.html>
2. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996. – Т. 6. - № 4. – С. 14-20.
3. Амбрумова А.Г., Трайнина Е.Г., Уманский Л.Я. Аутодеструктивное поведение подростков // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. - М.: НИИ психиатрии, 1989. – С. 52-62.
4. Амбрумова А.Г. Возрастные аспекты суицидального поведения // Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. Сборник научных трудов. - М.: НИИ психиатрии, 1989. – С. 8-24.
5. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
6. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. - Женева; СПб., 1998. – 208 с.,
7. Леус Э.В., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Диагностика девиантного поведения несовершеннолетних // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2012. - №9. – С. 268-277.

ЭТИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ОБРАЩЕНИЯХ ГРАЖДАН АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Меньшикова Л.И., Игнатова О.А., Антрушина Е.Ф.

Министерство здравоохранения Архангельской области

Организация работы по рассмотрению обращений граждан является неотъемлемой функцией исполнительной власти, включая руководителей здравоохранения всех уровней. Гражданское общество стремится, а порой и просто требует диалога с властью. Согласно данным статистики, ежегодно в органах исполнительной власти субъектов РФ рассматривается свыше 1,2 млн. обращений. В последние годы с развитием компьютерных технологий значительно расширились возможности обращения граждан к органам власти.

По вопросам здравоохранения жители Архангельской области обращаются к органам власти различных уровней: федеральному (к Президенту Российской Федерации, в Правительство Российской Федерации, в Министерство здравоохранения Российской Федерации, Росздравнадзор и др.), государственному (к Губернатору Архангельской области или его заместителям, в Правительство Архангельской области, в министерство здравоохранения Архангельской области, территориальный фонд обязательного медицинского страхования), непосредственно в учреждение здравоохранения, страховые медицинские организации. В процессе рассмотрения жалоб и обращений большинство из них концентрируется на уровне областного министерства здравоохранения.

Работа с обращениями граждан в министерстве здравоохранения Архангельской области организована в соответствии с Федеральным законом № 59-ФЗ от 02.05.2006г. «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации». В соответствии с законом каждое обращение должно быть рассмотрено в течение 30 дней с момента регистрации, в исключительных случаях срок рассмотрения может быть продлен еще на 30 дней с обязательным уведомлением заявителя. Указом Губернатора Архангельской области № 14-у от

03.02.2011г. утвержден «Регламент организации обращений граждан Российской Федерации...».

Формы работы с обращениями граждан в министерстве здравоохранения достаточно разнообразны. Жители могут обратиться с интересующим их вопросом лично: еженедельно проводятся приемы заместителей министра по различным направлениям работы; ежемесячно проводятся приемы министра здравоохранения в Приемной Губернатора Архангельской области и Правительства Архангельской области и в Общественной приемной Председателя партии «Единая Россия»; работники министерства принимают участие в работе выездных приемных, также можно обратиться с вопросом во время встреч с населением. Существуют самые широкие возможности письменного обращения – как с помощью почтового отправления, так и на сайт министерства здравоохранения. С 2011 года в Правительстве Архангельской области существует «Прямая линия», кроме того, ежедневно работники министерства обрабатывают множество устных телефонных обращений.

Официальный сайт министерства здравоохранения Архангельской области информационно-коммуникационной сети «Интернет» запущен в декабре 2011 года, популярность сайта – более 9 тысяч посещений в месяц. В 2012 году на сайте министерства реализована форма обратной связи, с помощью которой ответы на вопросы смогли получить 595 обратившихся.

В целях защиты персональных данных с 2012 года министерство здравоохранения включено в единую защищенную сеть Правительства Архангельской области по работе с обращениями граждан, в 2013 году к ней будут подключаться муниципальные образования области. Таким образом, в течение самого ближайшего времени весь обмен документами будет идти по защищенным каналам связи.

Анализ письменных обращений граждан за период с 2010 по 2012 год показал, что в целом их количество увеличилось с 750 в 2010г. до 1197 в 2012г., т.е. от 30 до 50 обращений ежедневно. Каждое письменное обращение является предметом внимательного рассмотрения, часто с привлечением экспертов, специалистов, проведе-

нием служебного расследования. В 2012 году больше всего обращений поступило от жителей г. Архангельска (2,1 на 1 тысячу населения), Холмогорского и Виноградовского районов (2,0 на 1 тысячу населения). Меньше всего жалоб было от жителей Коношского района (0,71 на 1 тысячу населения). Все это свидетельствует о том, что жители Архангельской области получили широкие возможности диалога с властью.

Проведенный анализ тематики обращений граждан в 2012 году свидетельствует о том, что преобладающим в структуре являются вопросы организации медицинской помощи (45,4%), на втором месте вопросы лекарственного обеспечения (22,3%), на третьем – вопросы оплаты труда (12,6%).

Среди вопросов организации медицинской помощи 25,5% составляют жалобы жителей на работу учреждений здравоохранения, в том числе на невозможность попасть на прием к специалистам. 23,5% граждан волнуют вопросы оплаты лечения, в том числе правомочности взимания платы за диагностические или лечебные мероприятия и возможности возмещения понесенных расходов. На качество оказанной медицинской помощи в 2012г. жаловались 19,1% обратившихся. Среди обращений 16,6% были посвящены материально-техническому состоянию учреждений здравоохранения, в том числе оснащению современной аппаратурой. 15,3% обратившихся жаловались на отказ в предоставлении или некачественное оформление документов, отсутствие информации со стороны медицинских работников.

Необходимо отметить, что практически 2/3 жалоб на недостатки в организации медицинской помощи, содержали вопросы несоблюдения медицинскими работниками этики и деонтологии. Приводим некоторые цитаты из обращений жителей Архангельской области, наиболее ярко характеризующие взаимоотношения медицинских работников и пациентов.

- «На все уговоры акушерки и просьбу успокоиться врач продолжала методично выговаривать, что без талона беременным

являться нельзя даже за результатами анализов. Доведя меня до слез, она встала из-за стола и сказала, что отказывается меня принимать».

- «Пришли на прием к специалистам в 1 год к 10.30, невролог принять отказалась, сославшись на ошибку регистратора и двойную запись, та же ситуация повторилась у офтальмолога, сидели, ждали «окна», доктора закрылись на обед, к 14.20 у ребенка началась истерика от голода и отсутствия тихого часа, посмотреть нас не смогли. Писать о том, что стояли в очереди в гардероб из-за отсутствия свободных номерков уже смешно...».

- «Пытались записаться в диспансер, но номер регистратуры постоянно занят. При попытке выяснить другой номер телефона получили хамский отпор – нам нервно пытались сообщить, что «все болеют, у всех проблемы и кому надо дозваниваются» и бросили трубку. Мы приносим свои извинения, что помешали...».

- «На приеме я услышал из разговора врача и медсестры, что им надо еще говорить «спасибо» за то, что они за такую зарплату лечат людей. Так может им совсем на работу не ходить? Итог посещения больницы – 10 минут приема врача и стыд за нашу медицину».

Анализ обращений жителей области показывает, что большую часть конфликтов можно было погасить на уровне лечебного учреждения. Для этого необходимо в первую очередь повысить доступность администрации учреждений для граждан: организовать еженедельные приемы по личным вопросам руководителей и их заместителей в удобное для граждан время; проводить еженедельные обходы отделений администрацией; создать в учреждениях этические комиссии для решения этических и деонтологических вопросов.

Пациенты в любом учреждении здравоохранения должны иметь доступ к информации о своих правах и обязанностях (информационные стенды, брошюры, использование материалов страховых медицинских компаний, СМИ).

Назрела острая необходимость в обучении персонала, особенно работников регистратур, основам конфликтологии. Необходимо также внедрять в практику учреждений занятия с психологами, в т.ч. для профилактики синдрома профессионального выгорания.

С 2012г. в министерстве здравоохранения Архангельской области стали практиковать приглашение руководителей учреждений или их заместителей на приемы министра по личным вопросам для более оперативного решения проблемных вопросов граждан. В 2013г. планируется приглашение руководителей учреждений для участия в приеме министра по скользящему графику.

В медицинских организациях начато внедрение аудио- и видеозаписи для объективизации конфликтов в наиболее проблемных отделениях (регистратуры поликлиник, приемные отделения стационаров, палаты совместного пребывания с родителями, родильные отделения). На станциях скорой помощи в г.г. Архангельске и Северодвинске и крупных отделениях скорой помощи районных больниц осуществляется автоматическая запись вызовов и всех диалогов диспетчера, что позволяет оперативно разрешать конфликтные ситуации.

Исполнение морально-этических норм – это часть профессиональных компетенций медицинских работников. Распоряжением министерства здравоохранения Архангельской области от 15.01.2013г. № 02-ро в перечень критериев для оценки эффективности деятельности медицинских работников государственных учреждений здравоохранения Архангельской области включено отсутствие обоснованных жалоб со стороны пациентов на качество медицинской помощи.

Медицинские работники всегда должны помнить о том, что в центре их внимания должны находиться пациент и его проблемы.

НРАВСТВЕННОЕ ВОСПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Павлова А.Н.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск, ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №6», Архангельск

Одной из актуальных проблем в современной системе образования остается нравственное воспитание студентов медицинских ВУ-

Зов. Как научить 17-18-летнего подростка с учетом психологических особенностей этого возрастного периода гордиться выбранной профессией, быть ответственным, гуманным? Ведь медицинский работник – это не только специальность, но и призвание, требующее особых качеств личности.

Качества, присущие врачу - чувство ответственности, долга, трудолюбие, выдержанность, доброжелательность, чуткость и внимание к людям, должны воспитываться с самого начала обучения в медицинском университете. Степень сформированности этих качеств – духовно-нравственной культуры, гуманизма, гражданственности, ответственности за добросовестное выполнение врачебного долга, за качество своего труда во многом определяется уровнем профессиональной воспитанности будущего медика, которая становится результатом специально организованного процесса приобщения студента к нормам и ценностям профессионального сообщества медицинских работников, формирования устойчивого интереса к профессиональной деятельности [1].

Издавна медицина основывается на возвышенных началах человеколюбия и милосердия, она тесно связана с гуманизмом. Врач сопровождает человека на протяжении всей жизни, он первым слышит крик ребенка, возвещающий рождение новой жизни, он же отсчитывает и последние удары сердца человека. Поэтому вопросы этики и деонтологии - учения о врачебном долге становятся важнейшей частью учебной работы на педиатрическом факультете СГМУ. Вопросы деонтологии должны занимать важное место при изучении всех дисциплин и на протяжении всего периода обучения студента-медика в университете.

Нравственное воспитание – это целенаправленное и систематическое воздействие на сознание, чувства и поведение воспитанников с целью формирования у них нравственных качеств, соответствующих требованиям общественной морали.

Нравственное воспитание - непрерывный процесс, оно начинается с рождения человека и продолжается всю жизнь. На нравственное формирование личности оказывают воздействие многие социаль-

ные условия и биологические факторы, но решающую роль в этом процессе играют педагогические, как наиболее управляемые, направленные на выработку определенного рода отношений [2].

Специфической особенностью процесса нравственного воспитания следует считать то, что он длителен и непрерывен, а результаты его отсрочены во времени. Воспитание будущих медицинских работников имеет свои особенности. Формирование требуемой духовно-нравственной культуры лежит в основе воспитательной деятельности в подготовке специалистов в образовательном учреждении медицинского профиля [3].

Сейчас с вопросами этики, деонтологии, врачебной тайны студенты-медики начинают знакомиться с первого курса. Но как расшифровать первокурснику столь сложные понятия, помочь вникнуть в них? Одним из средств, которым располагает педагог, является его личный пример поведения и отношения к пациентам, коллегам, избранной профессии. Преподаватель является для студентов той личностью, с мнением которой все они, как правило, считаются и дорожат им. Отличными дополнениями к прочитанной в учебнике информации по теме являются личные примеры, ситуации из врачебной практики, рассказы о должном поведении медицинского работника с пациентами, их родственниками, в коллективе. Особенно студентам нравится проигрывание ситуационных задач по ролям, где можно побывать не только в роли медицинской сестры, врача, но и в роли пациента. Вот здесь студент понимает, что доктор должен быть разносторонним, внимательным, ответственным и добрым человеком. Преподаватель, обсуждая вопросы деонтологии, одновременно обращает внимание студентов на общечеловеческие ценности, правила поведения, акцентирует внимание на важности здорового образа жизни.

Обучение первокурсников на педиатрическом факультете начинается с объяснения понятия «дресс-код» - норматив одежды и внешнего вида в соответствии с выбранной профессией. Обсуждение вопроса как должен выглядеть врач, чтобы не только не оттолкнуть пациента, но и расположить его к себе, соответствовать занимаемой

должности привлекает внимание студента. Некоторые студенты со свойственным им юношеским максимализмом пытаются доказать, что студент-медик имеет право быть ярким, выделяться, нося, например, пирсинг на лице, яркую одежду. Но в условиях клинических кафедр это не допустимо, тем более, когда дело касается маленьких пациентов и их родителей. Поэтому с первых занятий предъявляются высокие требования к внешнему виду и поведению студентов на клинических базах.

Вопросы субординации затрагиваются на каждом занятии и во время разбора соответствующей темы, и во время посещения различных структурных подразделений отделения и больницы. Строгое соблюдение субординации между работниками будет залогом организованности и хорошей работоспособности всего коллектива, высокой дисциплины и установления деонтологически обусловленных взаимоотношений между медицинскими работниками [4].

Важно воспитывать способность к обоснованной аргументации собственной точки зрения, к коллегиальному обсуждению мнений, важно создать обстановку благоприятную для дискуссии.

Хочется вспомнить слова протоирея Андрея Ткачева: «Есть профессии, требующие невозможного, а именно любви. Любить должен учитель, врач, священник. Если эти трое не любят, то они не лечат, не учат и не священствуют. Профессиональные навыки нужны им не более чем лопата землекопу. Всему остальному учит любовь и её дети: сострадание, внимание и жертвенность».

Таким образом, нравственное воспитание должно быть неотъемлемой частью учебного процесса, так как уже с первого курса начинается сложный и важный процесс формирования личности будущего врача, его отношения к коллегам, больным, их родственникам, любовь к профессии.

Литература.

1. Парахина О.В. Профессиональное воспитание будущего медицинского работника в воспитательной системе ССУЗа : диссертация ... кандидата педагогических наук. - Курск, 2012. - 269 с.

2. Лавренко В.П. Самоуправление и нравственно-профессиональное воспитание студента-медика: Учеб.-метод. пособие; Горьков. мед. ин-т им. С. М. Кирова, 55,[3] с. 22 см, Горький ГМИ 1990.
3. Косарев И.И. Слово об идеальном педагоге//Врач.–М.,2007.–№ 6.
4. Педагогические аспекты высшего медицинского образования. / И.И. Косарев. -М.: Изд-во ММА им. И.М. Сеченова, 2003. – 200с.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С РОДИТЕЛЯМИ ПАЦИЕНТОВ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ

Павлова А.Н.

ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница №6»

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»

Архангельск

Профессия врача относится к типу «Человек-Человек», ведь она связана с общением и взаимодействием с людьми. Для успешного выполнения такой работы требуется умение устанавливать и поддерживать деловые контакты, понимать людей, проявлять активность, общительность, обладать развитыми лексическими способностями и вербальным мышлением, обладать эмоциональной устойчивостью и умением понимать других людей [1].

В настоящее время взаимоотношения медицинских работников с пациентами, а в педиатрической практике и с их родителями оставляют желать лучшего. На Западе ни один практикующий врач не будет давать частных консультаций вне стен клиники. Ведь, давая медицинские рекомендации, мы вступаем с пациентом в определенные юридически отношения. Пациент, например, в случае письменной фиксации совета медицинского работника, может при негативном результате лечения обратиться за юридической помощью. За рубежом этот процесс регулируется медицинскими ассоциациями, каждый член которых обязан соблюдать правила, предусматривающие отказ от лечения и консультаций вне клиники. Медицинская этика в таких ассоциациях соблюдается жестко.

Социальные изменения, происходящие в обществе (новые социальные правительственные программы, повышение юридической грамотности населения), обуславливают необходимость более ответственно подходить к соблюдению этических норм и правил медицинскими работниками.

Возникновение конфликтных ситуаций при работе с людьми неизбежно, и медицинская практика не является исключением [2]. По своей природе они бывают различными — могут носить конструктивный и деструктивный характер.

При работе на педиатрическом участке в поликлинике могут возникать конфликтные ситуации с подростками в силу их возрастных особенностей или с родителями пациентов (их опекунами, бабушками).

Наиболее частыми причинами конфликтов с подростками врачи и медсестры считают: невыполнение назначений врача и нарушение больничного режима (опоздание или неявка на прием).

Чтобы сократить количество этих конфликтов необходимо разработать в доступной форме и разместить информацию, касающуюся освобождений от учебы по причине заболеваний на стендах около кабинета.

Частыми причинами конфликтов между медицинскими работниками участка и родителями пациентов являются невыполнение назначений врача, нарушение больничного режима в виде неявки, опоздания на прием, отсутствие на приеме медицинской формы 112.

Избежать конфликтов, связанных с отсутствием на приеме медицинских форм 112, помогает постоянный контроль за движением этих форм с помощью учетных журналов. Систематизировать работу регистраторов поможет создание электронной регистратуры.

Для уменьшения количества конфликтных ситуаций с родителями участковым педиатрам следует активнее с ними сотрудничать, объяснять на понятном им языке о причине и течении заболевания, всегда информировать их о потенциальной угрозе здоровью ребенка.

Лицу, ответственному за выдачу листов нетрудоспособности (при их централизованной выдаче) следует доводить до родителей

основные правила, которые они обязаны соблюдать, находясь по уходу за заболевшим ребенком: соблюдение предписанного врачом режима, своевременная явка на прием.

Согласно мнению специалистов, выделены желательные личностные качества, необходимые современному врачу: интеллект, уверенность в себе, эмоциональная уравновешенность, ответственность и надежность. Применительно к профессии участкового педиатра следует добавить: доброжелательность, большое терпение.

Таким образом, чтобы избежать конфликтных ситуаций участковый педиатр при общении с родителями должен выработать в каждом случае персональную тактику своего поведения, не только доводить до сведения необходимую информацию, но и сделать так, чтобы эта информация была услышана родителями. Следует помнить, что задача врача – мобилизовать родителей на правильный уход за больным ребенком.

Литература.

1. Браим М.Н. Этика делового общения. Минск, 1996. 468 с.
2. Вагнер Е.А. Раздумья о врачебном долге / Е. А. Вагнер, 244,[2] с. 17 см, [2-е изд., испр. и доп.] Пермь Кн. изд-во 1991.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ

Плаксин В.А., Жаринова О.Н.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Важнейший фактор, неблагоприятно влияющий на российское детство – это фактор нестабильности: экономической, политической, ценностной, а также экологической. Ухудшающаяся экологическая обстановка, неустойчивый социальный уровень жизни приводят к различным заболеваниям, которые могут сопровождаться длительным лечением в стационаре. Любая болезнь создаёт особую ситуацию развития ребёнка, меняющую смысл и стиль жизни и самих детей, и их родителей.

В России смертность от онкогематологических заболеваний среди детей стоит на втором месте после травм. Лейкозы наблюдают с частотой 4-5 случаев на 100 000 детей. В детском возрасте острый лейкоз диагностируют чаще, чем другие онкологические заболевания. Среди всех больных со злокачественными заболеваниями кроветворной и лимфоидной тканей каждый десятый больной - ребёнок. Пик заболеваемости лейкозом у детей приходится на возраст 2-4 года. В связи с наблюдаемой в последние десятилетия тенденцией к росту заболеваемости лейкозом и сохраняющейся высокой летальностью проблема лейкозов у детей стала особенно актуальной для практического здравоохранения. Ежегодно лейкозом заболевают около 1,5 тыс. детей, а у 5 тыс. обнаруживаются злокачественные опухоли. К сожалению, недостаток современных лекарственных средств, донорской крови, медицинского оборудования и профессиональных работников продолжает оставаться одной из причин детской смертности от онкогематологических заболеваний.

Когда родители впервые слышат диагноз своего ребёнка, они испытывают шок, что и понятно. Но затем, когда шок проходит, выясняется, что теперь для них – и маленьких, и взрослых – начинается совсем другая жизнь. И всё в этой жизни отныне будет подчинено одному – победить. В этой войне без союзников никак не обойтись. И самые главные из них – врачи и медсёстры, те, кто, приводя в чувство обезумевших родителей, первым делом стараются внушить каждому: одолеть можно даже рак. Главное не опускать руки!

Целью работы явилось выявление этических проблем при работе с детьми в гематологическом отделении и оценка эмоционального состояния родителей, дети которых больны острым лейкозом в одном из гематологических отделений г. Череповца.

Все медсёстры отделения являются высококвалифицированными специалистами, 83,2% сестринского персонала имеют стаж работы в отделении более 10 лет. Отношения между медсёстрами, родителями и детьми, складываются, как правило, дружеские, что и понятно – мы все стремимся к одной цели – выздоровлению ребёнка.

В отделении на лечении находятся дети в возрасте от нескольких месяцев до 18-ти лет. Так как лейкоз – это очень тяжёлое, требующее длительного лечения заболевание, дети находятся в стационаре вместе с мамой или папой независимо от возраста.

Больной ребёнок всегда тревожен, даже самое лёгкое заболевание оказывает на его психику угнетающее влияние. А тут ещё процедуры, которые пугают детей – уколы, внутривенные инъекции, капельницы, пункции. С врачом дети и их родители общаются реже, чем с медсестрами. С медицинскими сестрами, которые находятся в отделении круглосуточно и выполняют назначения врача, пациентам приходится общаться чаще. Это позволяет получить от медсестры дополнительные сведения, разъяснения или просто поговорить, чтобы успокоиться. В таком отделении медицинская сестра не просто исполнитель назначений врача, но ещё и в определённом смысле психотерапевт и педагог. Она сообщает маленькому пациенту и его родителям сведения о назначении той или иной процедуры, её особенностях и последствиях, информацию о лекарственных препаратах и порядке их приёма, разъясняет рекомендации лечащего врача в рамках своей компетенции и требований профессиональной этики, объясняет необходимость особого режима лечения и многое другое. Также дежурная сестра ободряет пациентов и их родителей, успокаивает, утешает и вдохновляет на борьбу с болезнью. Эта деятельность нужна, чтобы помочь больному выздороветь и вести полноценный образ жизни. Процесс выздоровления должен происходить, по возможности, с наименьшей затратой сил и средств пациента и при наибольшей эффективности. Душевный комфорт, как самого ребёнка, так и его родителей, при лечении необычайно важен.

Самый сложный аспект в деятельности отделения – операционально-поведенческая составляющая. Во-первых, это грамотность и чёткость выполнения всех операций по уходу за пациентом, во-вторых, наглядность проявления отношения к ребёнку, его родственникам, к самой себе, к выполняемой процедуре и ко многому другому. Здесь проявляется весь спектр индивидуальных особенностей личности медсестры и как профессионального медика, и как челове-

ка. Поведение медсестры по отношению к больному есть своеобразная психотерапия, где нет места нанесению психических травм маленькому пациенту и его окружению своей некомпетентностью, грубостью, невнимательностью. Воспитательная функция имеет значение, если требуется изменить отношение пациента или его родственников к своему заболеванию и к процессу лечения в целом, например, помочь строго следовать врачебным предписаниям, а не отмахиваться от них, обрести уверенность в себе и заняться здоровьем своего ребёнка. Педагогические особенности направлены на самого ребёнка и его ближайшее окружение. Очень часто родственники больного ребёнка ориентированы на точное и скрупулезное выполнение всех назначений и процедур, рекомендаций врача и советов медсестры. В этом случае особенно важно понять значимость процесса научения, когда и сам ребёнок и его родители осваивают с помощью медицинской сестры некоторые простые процедуры: уход за кожей и слизистыми оболочками ротовой полости, носа, глаз, гигиенические ванны, подмывание, смена нательного и постельного белья, изоляция маленького пациента от окружающих, когда это необходимо.

За два года, а именно столько длится борьба с острым лейкозом, каждый ребёнок становится для сотрудников отделения родным. Это и неудивительно, если учесть, что принятые на сегодня международные протоколы лечения лейкоза, предусматривающие несколько этапов, накрепко привязывают друг к другу медиков и пациентов. Даже выписавшись из отделения, дети вынуждены регулярно приезжать в больницу для контроля лечения и анализа крови. Со шприцами и катетерами многие из них знакомятся намного раньше, чем с фломастерами и карандашами. Персонал отделения, понимая, что без боли лечить нельзя, старается доставить её ребёнку как можно меньше. Наши пациенты не боятся людей в белых халатах, как обычно бывает с другими детьми. Наши дети удивительные – смыслённые не по годам. Интересуются всеми процедурами, что и как будут делать, какими иголками, будет больно или не очень. И мы стараемся не обманывать наших малышей, ведь если скажем неправду, дети перестанут доверять, а это совершенно не допустимо. Силе и мужеству наших паци-

ентов мы не перестаём удивляться. Не так давно в отделении начали практиковать опыт, предложенный зарубежными коллегами. После неприятной и болезненной процедуры, пункции, детям вручают поощрительный приз за мужество - игрушку. Конечно, пункций дети боятся по-прежнему, но теперь ожидание стало менее напряжённым: всё внимание сосредоточено на том, что подарят в следующий раз.

Некоторые этапы лечения бывают тяжёлыми для наших пациентов не только физически, но и морально. Когда ребёнку несколько дней подряд проводится круглосуточная инфузионная химиотерапия. Пациент постоянно находится в палате с мамой и есть достаточно жёсткое ограничение в общении с родственниками и знакомыми. В это время пациенты часто чувствуют слабость, недомогание, сонливость, поэтому необходимо больше спать, меньше смотреть телевизор. Часто наши пациенты испытывают тошноту и рвоту. По назначению врача вводятся препараты, убирающие эти неприятные симптомы. Персонал заранее помогает родителям подготовить ребёнка к тому, что от химиотерапии будут выпадать волосы. Мы объясняем, что это явление временное, и волосы отрастут заново. Некоторые пациенты отмечают, что волосы стали лучше и начали виться. Некоторые относятся к такой ситуации мужественно, с иронией и без тени смущения ходят с «новой причёской». Для остальных мы советуем парики или головные уборы на любой вкус.

В анкетировании приняли участие 31 человек. Родителям предлагалось ответить на вопросы, предложенные в оригинальной анкете.

Большинство родителей имеют высшее образование – 61,6%, среднее специальное – 32,2%, среднее – 6,2%. Возраст родителей был от 25 до 47 лет. Стаж заболевания детей колеблется от нескольких месяцев до 5-ти лет.

Исследование показало, что в 90% случаев родители впервые обратились к врачу из-за повышения температуры у ребёнка, бледности, недомогания. В 10% детей беспокоили боли в костях, увеличение лимфатических узлов, кровоточивость дёсен. Большинство родителей (70%) отмечают, что эти симптомы появлялись после перенесённых простудных заболеваний. Дети поступали в стационар по скорой по-

мощи в 30% случаях, по направлению из поликлиники в 50%, обращались в стационар сами в 10% и в 10% - переводились из других лечебных учреждений.

В 80% случаев диагноз ребёнка родители узнавали от лечащего врача в больнице, в 20% - от участкового врача в поликлинике и врачей из других стационаров.

Все родители (100%) узнав диагноз своего ребёнка, испытали страх, растерянность и боль. Из 31 человека анкетированных, у 4-х (13%) – имеются онкогематологические заболевания у родственников: у 1 ребёнка болели мама и бабушка, у 1 ребёнка – дядя, 2 девочки – однояйцевые близнецы заболели лейкозом с разницей в 1 месяц.

В 100% случаев родители имели поверхностные знания о заболевании и источниками информации служили газеты, журналы, книги, медицинский персонал, знакомые. Родители в 96% отметили, что отношения с ребёнком, после установления диагноза, изменились в лучшую сторону, они стали ближе друг к другу, родители стали больше уделять времени ребёнку, лучше его понимать, ценить каждую улыбку и каждую минуту, проведённую вместе, и только 4% - что отношения с ребёнком не изменились.

Все респонденты отметили, что кроме родственников, им оказал поддержку медицинский персонал и родители детей с таким же заболеванием.

80% родителей нуждаются в помощи психолога, педагога-воспитателя и врачей-специалистов: невропатолога, логопеда, кардиолога. Только 3% отметили, что в помощи не нуждаются. За духовной поддержкой обращаются к священнослужителям 7% опрошенных, пользуются поддержкой медсестер - 10% семей. Придаёт уверенность в собственных силах и вселяет надежду на благоприятный исход общение с семьями, в которых ребёнок болеет или болел этим же заболеванием. Это отметили 80% респондентов.

Все родители (100%) охарактеризовали свои отношения с медицинским персоналом как доверительные, благодарили за внимание и терпение, проявленные к их ребёнку, что подчеркивает профессионализм и эмоциональную устойчивость медицинских сестёр отделения.

В тоже время родители в 100% случаев отмечают, что им неприятно вспоминать время, проведенное в больнице, и они испытывают тревогу, что ребёнок снова сможет заболеть. Это свидетельствует о неблагоприятном психологическом фоне уже вылеченных пациентов и их родителей и также требует консультации психолога.

Деятельность медицинских работников всеми респондентами оценивается на «хорошо» (30%) и «отлично» (70%). Из пожеланий по улучшению работы преобладают: введение должности второго воспитателя в вечернее время и наличие комнаты психологической разгрузки.

Таким образом, гематологические больные характеризуются наличием следующих медицинских и психологических проблем: адекватное обезболивание, разрешение физиологических потребностей, дефицит самоухода, социальная изоляция, неподвижность, нарушение психологической сферы, как детей, так и родителей (депрессия, апатия, гнев, суициды), отсутствие знаний по вопросам самоухода и ухода за пациентом. Важно подготавливать ребёнка и родителей к тем или иным процедурам, учитывая психологическую и физическую травматичность современных схем лечения. Всё это следует учитывать в своей работе медицинскому персоналу.

СКРЫВАТЬ ЛИ БЕЗНАДЕЖНЫЙ ДИАГНОЗ ОТ БОЛЬНОГО?

Попов М.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

В федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ» записано, что если пациент желает знать всю правду о состоянии своего здоровья, то лечащий врач обязан назвать ему полный диагноз. «В случаях неблагоприятного прогноза... информация должна в деликатной форме сообщаться гражданину и членам его семьи, если гражданин не запретил сообщать им об этом»,

- так гласит закон. Это не пожелание – это не предмет для дискуссии, а норма Закона, которая должна выполняться неукоснительно.

Но в жизни врачи не всегда следуют букве закона. В середине XX века хирург-онколог Н.Н. Петров обосновал деонтологическое правило, которое долгие годы было путеводной звездой для врачей. Николай Николаевич считал, что термин рак лучше заменять на обтекаемые слова – инфильтрат, язва, опухоль и т.д. Еще раньше в ходу была так называемая «святая ложь», когда больному, заведомо скрывая от него, говорили наиболее благоприятный диагноз. Считалось, что такие больные умирают с надеждой на выздоровление. И хотя большинство отечественных онкологов не скрывают от больных диагноз рака, особенно тех его форм, которые легче поддаются радикальному лечению, многие из них очень деликатно информируют их о наличии опухоли, но при этом говорят, что нужно упорно и последовательно лечиться. Тем самым они поднимают дух больного на борьбу с тяжелым недугом. Если бы в каждой больнице был медицинский психолог – он бы убеждал этого больного, что излечение возможно, и к этому нужно стремиться, то настрой больных на сопротивление болезни был бы более мощным. Но психологов у нас мало или вообще нет, онкологи загружены операциями, то больной, получив известие, что у него рак, остается один на один со своим недугом. Некоторые психологически ломаются и отказываются от дальнейшего лечения – зачем лечиться, если все равно спасенья нет. Другие кидаются к знахарям, лекарям, шаманам, которых много расплодилось в последнее время, пытаясь найти спасение у них, и теряют драгоценное для радикального лечения время. А третьи вообще сводят счеты с жизнью, избавляя себя от болей и страданий. И в том, по какому пути пойдет больной, ответственен лечащий врач. Именно он должен убедить ракового больного настойчиво и терпеливо лечиться и бороться с грозным недугом, иногда выигрывая 3-5 лет, а иногда и больше. Но за это время у пациента подрастут дети или внуки, он успеет сделать что-то из задуманного, да и вообще каждый прожитый на этом свете день – это подарок судьбы.

Считается, что только 20% умирающих вытесняют из своего сознания реалистическую информацию о безнадежности своего состояния, большинство понимает фатальность своего заболевания.

Правдивость врача – это проявление уважения к личности больного, его человеческого достоинства, его права выбора. Но в тоже время врач должен подобрать наиболее рациональные средства лечения, убедить больного пройти их и помочь ему психологически. В палатах онкодиспансеров обычно не принято спрашивать больным друг у друга – а от чего ты тут лечишься. Хотя само нахождение в этом стационаре уже о многом говорит.

Однако в середине XX века у врачей традиция умолчания о раковой болезни пациентам распространилась на общество в целом. И когда больной после химиотерапии выходил на работу, никто его не спрашивал, а почему он без волос. О безнадежном диагнозе больного сообщали только его близким родственникам и то под большим секретом, чтобы они были готовы к роковому исходу болезни. А они подбадривали своего больного родственника, что нужно лечиться и тогда появится шанс выздороветь. И многие больные умирали с верой в возможное излечение, что было более гуманистичнее, чем сказать просто, что прогноз безнадежный.

Для своих заболевших коллег даже заводились «двойные» истории болезни – один вариант с обтекаемым диагнозом и хорошими анализами был как бы на виду, а истинный вариант хранился в сейфе у лечащего врача. Но затем наше здравоохранение пошло по американскому пути – когда всем онкологическим больным прямо говорился их истинный диагноз, хотя многие онкологи тактично убеждали пациентов – хоть у вас и рак, но он лечится. Психика больного была сломлена, он уже ни на что не надеялся и готовился к смерти. А еще хуже, боясь страданий, заканчивал жизнь самоубийством.

В США огромные средства выделяются на борьбу с раком, в средствах массовых коммуникаций идут мощные компании, что рак лечится – приводятся примеры излечившихся политиков, звезд шоу-бизнеса и т.д. У нас же только в последнее время широко показали по

телевидению исповедь И.Д.Кобзона. что он девять лет борется с раком и поет на сцене, да еще изредка говорят, что А.И.Солженицын в заключении выздоровел от рака. Но такие громкие примеры смертей от рака молодых артистов – А.Абдулова, О.Янковского, А.Самохиной и других перечеркивают пропаганду борьбы с раком.

До 30% онкобольных отказываются от радикального лечения, ищут альтернативные методы лечения у знахарей, целителей, шаманов и гадалок, которые действенного лечения не оказывают, но активно требуют большие суммы денег. И все это часто приводит больных к ранней гибели. А ведь диагноз рака бывает и ошибочным.

В западных странах онкологи прямо говорят пациенту о его страшном диагнозе. Дезавуация подлинного диагноза расценивается как дезориентация больного и дело может закончиться крупным иском к этому врачу и к клинике, в которой он работает.

В нашей стране врачи работают по закону, но безнадежный диагноз можно подать в такой форме, чтобы морально не убить больного, а убедить его соглашаться на предлагаемые методы лечения и строго следовать им. При этом очень важна психологическая поддержка больного врачом, беседа с родственниками, чтобы и они поддерживали ракового больного в его борьбе с недугом. Ведь каждый больной до последнего надеется на чудо. Появляются новые методы и технологии в лечении рака, можно направить больного в центральные онкологические центры, на лечение за границу. Главное, чтобы врач не был равнодушным к неизлечимому больному, подробно разбирался в каждом конкретном случае и делал все возможное, чтобы или вылечить больного или продлить ему жизнь. Каждый врач должен помнить, что больные верят и надеются на него и он не должен их подвести.

АКТИВНЫЙ ТРЕУГОЛЬНИК: МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА - ЭТИКА – ПАЦИЕНТ

Пышнограева Н.С.

Архангельская региональная общественная организация «Союз медицинских профессионалов», ГБУЗ АО «Архангельский центр медицинской профилактики»

«Сестра должна иметь тройную квалификацию:
сердечную – для понимания больных,
научную – для понимания болезней,
техническую - для ухода за больными»

Флоренс Найтингейл

В современном здравоохранении все большая роль отводится самому многочисленному отряду медицинских работников – медицинским сестрам. Важное значение приобретает качество оказываемых сестринских услуг, удовлетворенность пациентов от взаимодействия с данной подсистемой. Сегодня медицинская сестра не только манипулятор, она самостоятельный сотрудник, принимающий решения в сфере управления и организации отделения. Личность медицинской сестры, метод ее работы, умение общаться с пациентом и родственниками, владение техникой психологической работы с пациентами – все это само по себе может служить лекарством и оказывать исцеляющее действие. Повышение качества сестринской помощи возможно при эффективном взаимодействии медицинской сестры, профессионально компетентной, и пациента (его родственников) в позитивных социально-психологических, материально-технических и организационно-экономических условиях, при наличии стойкой положительной мотивации пациента (родственников) на выздоровление, сохранение здоровья[3].

В 1997 г. Ассоциацией медсестер России был разработан и принят Этический кодекс медицинской сестры [4]. Положения данного документа регулируют этические аспекты в профессиональной деятельности медицинской сестры, которые целиком и полностью должны соблюдаться при исполнении своих трудовых обязанностей. Медицинская сестра должна уважать неотъемлемые права каждого че-

ловека, обязана оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Медицинская сестра несет моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Важнейшими качествами медицинской сестры считаются: уважительное отношение, стремление помогать, внимание, терпимость, доброта, вежливость, душевность. Немаловажную роль играют - внешний вид, выражение лица, речь медицинской сестры[1]. Все в медсестре должно располагать к себе пациента и только тогда возникает доверительный диалог. Медицинская сестра большую часть профессиональной деятельности находится с пациентом, при этом ей приходится выполнять и руководящую, воспитательную, просветительную деятельность. Для пациента важно не только лечение, но и как его встретили медицинские работники, поскольку первый контакт пациента с медицинскими работниками имеет особо принципиальное значение; именно он в дальнейшем определяет – чувство доверия или недоверия, приязни или неприязни, наличие или отсутствие партнерских отношений. Именно поэтому необходимо отметить особое значение этики и деонтологии в профессиональной деятельности медицинской сестры[2].

С целью оценки качества сестринской помощи нами было проведено исследование-анкетирование пациентов находящихся на стационарном лечении в медицинских организациях г. Архангельска.

Анкета состоит из 15 вопросов и включает данные о пациенте (пол, возраст, социальное положение), мнение пациента о работе медицинских сестер в данном отделении. В исследовании приняли участие 183 пациента.

Получены следующие данные: большинство пациентов – это люди старше 50 лет (75%). Среди опрошенных – 57% женщины, 43% - мужчины.

Пациентам было предложено указать, какие профессиональные качества присущи медицинским сестрам, все опрошенные 100 %, в первую очередь выделили профессионализм, 14% отметили доброжелательность, 6% - сострадание и 1% - заинтересованность. Сестрин-

ский персонал достаточно уделяет внимания и времени пациентам, находящимся на стационарном лечении и это отметили 87%, при этом 9% ответили, что недостаточно, 4 % затруднились ответить, а так же внимательно относятся к проблемам пациента 90%.

Большинству опрошенных (80%) и их родственникам была полностью предоставлена информация о правилах приема назначенных лекарственных препаратов, 11 % - частично, 9% не получили необходимую информацию. На вопрос о том, был ли разъяснен медицинской сестрой характер, содержание проводимого исследования при подготовке к диагностическим и лабораторным исследованиям, большинство опрошиваемых ответили положительно (72%) на поставленный вопрос, 15% - частично получили информацию и 13% ответили отрицательно.

Медицинская сестра, несомненно, должна владеть техникой психологической помощи, поскольку пациент в первую очередь обращается к медицинской сестре и на вопрос о том была ли оказана психологическая помощь, ответы распределились следующим образом, 51% ответили «да в полном объеме», 21% - нет, 14% - не в полном объеме, 14% - затруднились ответить.

Сестринский персонал стационара большую часть профессиональной деятельности находится с больным, поэтому огромное значение имеет организация сестринского ухода за пациентом, так 82% довольны организацией сестринского ухода в стационаре, 16% частично и 2 % - нет.

Речь медицинской сестры должна соответствовать нормам русского литературного языка, на маловажное значение имеет, как обращается медицинская сестра к пациенту. В целом большая часть опрошиваемых, (70%) указали - на вы, 16% - по имени отчеству, 11% - по фамилии, 3% на ты. Пациенты оценили внешний вид медицинских сестер. По полученным данным большинство (86%) дали хорошую оценку внешнему виду медицинской сестры, 12% - удовлетворительную оценку и 2% оценили неудовлетворительно.

Был задан вопрос, были ли конфликтные ситуации с медицинской сестрой.

К сожалению, семи (4%) респондентам пришлось конфликтовать с сестринским персоналом во время пребывания в стационаре. Несмотря на то, что в анкете было предложено указать причину конфликта, лишь один человек это сделал, указав, что ему в грубой форме было отказано в ингаляторе.

Таким образом, на современном этапе развития сестринского дела, медицинская сестра является не только техническим исполнителем назначений врача, но и в определенном смысле психологом, педагогом, поскольку именно медицинские сестры проводят больше времени с пациентами. Любое заболевание для человека стресс, особенно если нужно проводить в стационарных условиях. Даже безупречное выполнение манипуляций оставит негативное впечатление, если будет сопровождаться некорректным поведением медицинских сестер. Поэтому необходимо больше уделять времени обучению сестринского персонала психологии, этике и деонтологии.

Литература.

1. Лысов Н.А., Пензина О.П., Прохоренко И.О., Супильников А.А., Девяткин А.А. Результаты анкетирования пациентов по вопросам качества сестринской помощи// *Фундаментальные исследования*, 2012г., №4
2. Пономарева Л.А., Бурлова Н.Г., Литвина А.М., Сыромятникова О.М. Изучение уровня конфликтности и профессионального стресса медицинской сестры, а так же удовлетворенности пациентов сестринской помощью// *Главная медицинская сестра*, 2012г., №4
3. Хетагурова А.К. Пуляевская Т.В. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры // *В помощь практикующей медицинской сестре*, 2008г., №1(15)
4. *Этический Кодекс медицинской сестры России*, 1997г.

КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ: ПОИСК ПУТИ К НРАВСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Расторгуева Т.И.

НИИ общественного здоровья РАМН, г. Москва

Более чем десятилетний опыт изучения вопросов управления человеческими ресурсами в здравоохранении, в т.ч. в рамках широко-

го сотрудничества с руководителями лечебно-профилактических учреждений, позволяет нам утвердительно ответить на вопрос о важности всеаудиторного обсуждения этических проблем современной медицины.

Известный ученый, академик Борис Викторович Раушенбах, очень точно определил глубинное значение нравственного ориентира в жизни каждого человека. Он отмечал: «Меня очень беспокоит и нынешний упадок нравственности. У нас много людей формально образованных, но безнравственных. Научить нравственности невозможно, ее можно только воспитывать, нравственность нерациональна. А жизнь заставляет нас работать, в основном считаясь с рациональными доводами. Вопрос, что важнее: быть порядочным человеком или только деловым, - часто решается в пользу второго.

А ведь безнравственность – это не только вопросы этики, это важная деловая характеристика человека. В бизнесе надо уметь держать слово, отказываться от «кривых дорог», ибо сиюминутные выгоды от, казалось бы, осуществимого, но сомнительного дела никак не могут компенсировать пожизненной потери доверия в деловом мире» [4].

Подчеркнем, что соблюдение этических норм в медицинской среде является фактом необходимым к исполнению априори, обусловленным самой сутью профессии. И здесь не было бы предмета для обсуждения, если бы не реалии сегодняшнего дня, когда «суровая» статистика показывает все возрастающие цифры неудовлетворенности населения оказанной медицинской помощью в плане сервисного характера (грубость и невнимательность медицинского персонала, денежные поборы и пр.).

Для нивелирования создавших негативных тенденций на Первом национальном съезде врачей, прошедшем в Москве 5 октября 2012 года, был принят «Кодекс врачебной этики» (до него на 4-ой конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 года был принят «Этический кодекс российского врача», а в июне 1997 года на Всероссийском Пироговском съезде врачей «Кодекс врачебной этики РФ»).

Необходимость появления нового документа президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль обосновал так: «У нас есть клятва врача, но полномасштабного Кодекса, положения которого были бы обязательны для выполнения всеми медицинскими работниками, нет. Это очень важный вопрос, поскольку сейчас, как никогда, нужно повышать доверие пациентов к медицинским работникам. А для этого необходимо вводить **регулирование этических вопросов деятельности врачей и нормы обязательного исполнения профессиональных правил каждым**».

Развивая данную позицию отметим, что «Кодекс врачебной этики» на съезде осенью 2012 года был принят единогласно, но в комментариях к его обсуждению, а потом и к факту принятия, отчетливо прослеживалось негативное отношение участвующих в дискуссии. Причиной негативных комментариев являлся в первую очередь факт диаметрального расхождения задекларированных в Кодексе нравственных постулатов с безнравственно низкими, по мнению комментирующих этот документ медицинских работников, уровнем оплаты труда; необходимостью работать на 1,5-2 ставки; отсутствием возможностей для профессионального лечения пациентов из-за нехватки медикаментов, диагностической аппаратуры и пр., что существенным образом сказывается на здоровье и мотивации к деятельности медицинского персонала в целом [3].

Как позитивный момент необходимо отметить понимание сложившейся ситуации в Минздраве России, где Министром здравоохранения на Первом съезде врачей был сделан доклад, в котором подчеркивалось, что ".....Обеспечение отрасли здравоохранения кадрами – одна из самых сложных стоящих перед нами задач..... Не все выпускники медицинских вузов, колледжей и училищ приходят работать по профессии, сохраняется отток высококвалифицированных специалистов из медицинских организаций государственной системы здравоохранения. Причиной этому является **низкий уровень заработной платы и сложное социальное положение медицинских работников...** Отмечается, что по данным Росстата, среднемесячная заработная плата работников государственного здравоохранения в

текущем (2012) году составила менее 18 тыс. рублей, или 73,5% от средней зарплаты по экономике страны. При этом среднемесячная зарплата работников муниципальных учреждений здравоохранения, которые составляют 45,7% от всех медиков, составила всего 14,6 тыс. рублей, то есть 62,7% от средней зарплаты по стране. В связи с этим подчеркивается, чтоповышение социального статуса врачей и других медицинских работников, улучшение их материального положения является одним из наиболее значимых факторов их мотивации к творческому труду и самоотдаче» [1].

Развивая сказанное, отметим следующий ряд сложноподчиненных факторов, которые необходимо учитывать органам управления отрасли при оценке труда медицинских работников с целью улучшения условий их работы. К ним можно отнести:

- возросшую нагрузку на медицинских работников, связанную с продиктованной временем необходимостью приобретения знаний, обусловленных развитием новых технологий в различных областях – экономике, технике, психологии, управлении и т.д.;
- специфику жизнедеятельности медицинской организации, отличие ее от организации работы учреждений других отраслей народного хозяйства.

Дадим характеристику ряда признаков медицинских учреждений, связанных с характером их деятельности и оказывающих влияние на процесс управления:

- сложность определения качества и измерения результатов работы;
- высокую специализацию основной деятельности, которая часто имеет срочный и неотложный характер;
- отсутствие права на неопределенность и ошибку;
- потребность в тесной координации работы различных подразделений;
- высокую квалификацию сотрудников, большая часть которых выступает, прежде всего, как представители своих профессий. Имея специальные знания и опыт, руководствуясь в своей работе системой моральных норм и принимая решения о лечении пациентов, они

стремятся к самостоятельности и проявляют лояльность, прежде всего, по отношению к пациентам и коллегам по профессии;

- необходимость контроля со стороны администрации медицинских учреждений за деятельностью врачей, которые непосредственно влияют на определение объема работы и, соответственно, расходов ЛПУ;

- трудность координации работы и распределения полномочий и ответственности, связанную с двойным подчинением, существующим во многих медицинских учреждениях, особенно больницах.

При этом следует отметить, что подобные характеристики присущи организациям, существующим и в других сферах. В этом смысле ЛПУ, может быть, и не являются абсолютно уникальными структурами. Однако, особенность медицинских учреждений состоит в том, что для них характерны все вышеперечисленные признаки вместе взятые, что, в свою очередь, приводит к более интенсивному их проявлению [5].

Также необходимо вычленив из сказанного и обратить особое внимание на такую высококатегорийную характеристику специфики работы медицинского персонала как «сиюминутная» и пролонгированная во времени ответственность за жизнь человека (отсутствие права на неопределенность и ошибку). В связи с этим решение вопросов, связанных с профилактикой синдрома эмоционального выгорания сегодня актуально в медицинском сообществе, как в нашей стране, так и зарубежом.

Другой немаловажной этической проблемой, которая пока (в силу нехватки медицинских кадров) не так остро стоит перед медицинскими учреждениями, является **процесса увольнения персонала.**

Мы сознательно заостряем на этой проблеме внимание, т.к. соблюдение этического Кодекса потребует от руководителей медицинских учреждений избавляться от услуг тех медицинских работников, которые не руководствуются в своей деятельности общепринятыми моральными нормами и безнравственным отношением к своим профессиональным обязанностям сводят на «нет» материальные и научные инвестиции в отрасль здравоохранения, минимизируя тем самым

уровень качества оказываемой медицинской помощи и, в конечном итоге, удовлетворенность населения медицинским обслуживанием. Здесь свое веское слово должны сказать этические комитеты и медицинские ассоциации.

В заключении, обобщая вышесказанное, хотелось бы подчеркнуть, что с нашей точки зрения, принятие «Кодекса врачебной этики», активизация работы этических комитетов на местах не помогут практически воплотить действенной, отраженной в документах нравственной позиции, если не будут разрабатываться, всесторонне обсуждаться и воплощаться в практику следующие важные моменты:

- 1) Не будет поднята заработная плата медицинским работникам до адекватного уровня проживания людей с высокими энергозатратами как на физическом, так и эмоционально-интеллектуальном уровне;
- 2) Не будет происходить формирование в общественном сознании позитивного образа медицинского работника [2];
- 3) Не будет производиться отбор абитуриентов, поступающих в медицинские учебные заведения путем выявления у них таких личностных качеств как милосердие, сострадания к людям, определяющим у себя желание помочь другим людям выше личного блага, отсутствие склонности к коррупционным рискам и пр.;
- 4) Допускать абитуриентов к сдаче документов в медицинские вузы только среди тех лиц, которые пройдут одногодичную практику работы в лечебно-профилактических учреждениях в качестве младшего медицинского персонала и получат соответствующую положительную характеристику с места работы. Соответственно лицам, поступающим не на лечебные факультеты, будет засчитана практика на соответствующих профильных кафедрах в качестве лаборантов.

Тем самым будет решаться проблема катастрофической нехватки младшего медицинского персонала, а абитуриенты призывного возраста получат возможность альтернативной службы в качестве медбрата в медицинских учреждениях. А самое главное, это позволит желающим поступить в медицинские вузы принять для себя (опосре-

дованное практическим опытом) осознанное решение выбора жизненного пути. Обсуждение этих и других инициатив, направленных на решение этических проблем современной медицины, потребует принятия действенных законодательных, управленческих решений на разных уровнях ответственности государственных отраслевых структур, широкого обсуждения на страницах научной печати.

Литература.

1. Выступление Министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой на Первом национальном съезде врачей <http://правительство.рф/docs/21008>
2. Всероссийский Национальный Проект Общественного Признания Заслуг и Достижений в сфере науки, медицины и здравоохранения «Лучшие медицинские работники России» /”Национальная академия общественного Признания Заслуг и Достижений Граждан» (с) 2007-2013 «Великая Россия» www.ros-vel.ru
3. Кодекс профессиональной этики врача /www.nacmedpalata.ru
4. Раушенбах Б.В. Пристрастие. М.: Аграф. 1997. 428с.
5. Чубарова Т.В. Управление медицинскими учреждениями: методологические подходы и новые тенденции //Управление здравоохранением. – 2003. №1. С.24-29.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ

Рехачев В.П.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Медицинская деонтология - это наука о должном. Это принцип поведения медперсонала, направленного на максимальное повышение полезности лечения и устранения вредных последствий неполноценной медицинской работы. Эта наука имеет свою давнюю, богатую событиями историю. Во все времена много писалось о профессии врача. Так, например, древнейший индийский литературный памятник медицины Аюр-Веда («Книга жизни» VII-III в. до н.э.) содержит детальное перечисление правил поведения врача, понимаемых как этические нормы: физическая закалённость, моральная безупречность, интеллигентность, тактичность в отношениях с пациентами,

коллегами и учениками, высокая квалифицированность, сопряжённая со строгой ответственностью перед больным и обществом.

Ещё более точно и полно принципы поведения врача были сформулированы отцом медицины Гиппократом (460-377 г.г. до н.э.). Знаменитая клятва Гиппократа, впоследствии многократно модифицируемая в зависимости от конкретных исторических и социальных условий и сегодня, более чем через 2 тысячи лет читается как современный, нестареющий, полный нравственной энергии документ. В ней сжато сформулирован ряд морально-этических и деонтологических норм поведения врача. В представлении Гиппократа идеальному врачу свойственны: «презрение к деньгам, совесть, скромность, простота в одежде, уважение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку». Врач должен быть, считал Гиппократ «...по своему нраву человеком прекрасным и добрым. Он должен быть справедливым при всех обстоятельствах...Где есть любовь к людям, там будет и любовь к врачебному искусству...Медицина- по истине самое благородное из всех искусств».

Есть общие принципы деонтологии и, безусловно, профессиональные отличия. В медицине более 175 профессий и каждая из них имеет свои особенности. Особое место среди них занимает хирургическая специальность. «Лишь хирургу дано право острым инструментом рассекать человеческое тело, проникать в самые сокровенные его тайники и изменять сложившиеся анатомо-топографические отношения, избавляя больного от страдания и принося тем великое счастье его родным» (А.В.Гуляев)

Н.И.Пирогов в своей работе «Рассуждения о трудностях хирургического распознавания и о счастье в хирургии» (1854г) гениально сформулировал условия, которыми следует руководствоваться в хирургии, чтобы успешно применить её у больного:

1. Уверенность в распознавании болезни и больного.
2. Искусство выбрать благоприятное для операции время, воспользоваться умело всяким, даже малейшим изменениям в ходе болезни, чтобы предпринять операцию не слишком рано и не слишком поздно.

3. Произвести благоприятное нравственное впечатление на больного, понять его надежды, устранить его страх и уничтожить его сомнения.
4. Не только сделать операцию искусно и по правилам Цельса (безопасно, быстро и счастливо), но и предотвратить все могущие быть во время операции неприятные осложнения, сохранить хладнокровие и присутствие духа, что даёт возможность воспользоваться во время операции даже самым ничтожным обстоятельством.
5. Провести последующее лечение с полной осмотрительностью и знанием дела.

Довольно подробно осветил эти вопросы и Н.Н.Петров в своей монографии «Вопросы хирургической деонтологии» (1954г.) Хирургическое лечение должно назначаться исключительно по жизненным показаниям, когда отсутствие такового угрожает больному тяжелейшими осложнениями или летальным исходом. Решение о необходимости проведения операции ставит ряд новых проблем. К ним относятся оценка степени операционного риска, допустимый объём операции, выбор анестезии, организация послеоперационного ухода. Степень операционного риска пропорциональна тяжести оперативного вмешательства исходного состояния больного. Наиболее остро эти вопросы возникают в неотложной хирургии, хирургии пожилого возраста и в онкологии. Всегда надо помнить, что на первом месте стоит спасение жизни больного, а затем уже излечение от заболевания. Уместно привести слова Н.Н.Петрова: «...Необходимо помнить, что благодеяния хирурга его больным могут создаваться не только теми операциями, которые он делает, но теми, которых он вовсе не делает». И ещё: «...Несомненно, что радикальные операции дают больше шансов на длительное излечение, чем паллиативные, но ещё более несомненно, что больному предпочтительнее оказаться в живых после паллиативной операции, чем погибнуть после радикальной».

Особенностью хирургии является тесное сочетание науки с индивидуальными способностями человека. С.С.Юдин считал, что «хирургическое творчество складывается из 2-х различных элементов – искусства рукодействия и научного мышления, которое одно без другого являются бесплодными».

С одной стороны хирургия это наука, которая базируется на опыте и достижениях анатомии, физиологии и других естественных наук. Она развивается, растёт поток научной информации. Всё более высокий вклад в хирургию вносят научно-технические достижения. Техническая оснащённость, особенно в последние годы, меняет характер работы хирурга, требует овладения новыми методиками, приёмами, появлению новых хирургических дисциплин. С другой стороны, эффективность приложения этих знаний в практике зависит от врождённых способностей человека к рукодействию, быстроте и точности использования приёмов.

Однако к этим основным элементам хирургии – рукодействию и научному мышлению - нужно прибавить ещё один – душевное обаяние, глубокую человеческую заботливость о предмете своего рукодействия и своих научных помыслов, о заболевшем человеке со всеми его индивидуальными особенностями. Порой можно черезчур увлечься новыми техническими, лабораторными исследованиями и забыть о той тонкой и сложной сфере, формирование которой зависит не от открытия новых лекарств или способов хирургического вмешательства, а от душевных свойств человека. Это сфера отношений между врачом и больным. «Леча больного, врач лечит его не только, как организм, но и как личность. А личностью управлять может только личность... Для врача важна не столько и не только его эрудиция, а биография его души... Учиться быть врачом - это значит учиться быть человеком» (А.Ф.Билибин,1967г)

Болезнь – это почти всегда и личный конфликт, она выбивает людей из обычного хода жизни. Если болезнь тяжела, конфликт порой перерастает в драму. Она становится трагедией, когда человеческой жизни грозит прямая опасность.

Болезнь меняет психологию людей, их отношение к миру: бывает, что даже сильные люди становятся в такие минуты испуганными, как дети. Болезнь-это всегда схватка и в этой схватке врагу противостоят двое. Главный удар принимает на себя врач, он вооружён знаниями, опытом, всем тем, что дала ему современная медицина. И всё же этого может оказаться недостаточно, если врач не выполнит одной

из важных задач – вызвать в чужой душе чувство доверия и покоя. В каждом враче должны сочетаться прекрасные душевные качества с артистичностью. Это большое искусство «печального утешить, сердитого смягчить, дерзкого испугать, робкого сделать смелым», - говорил известный врач Мудров.

Хирург, несмотря на плотный график работы, предельно напряжённый труд, должен найти время не просто успокоить больного, а внушить уверенность в успехе хирургического лечения. «Стерильность» слова, психологическая «асептика» обязательны и необходимы также, как стерильность инструмента, шовного и перевязочного материала при операции. Тревога, страх и ожидание рокового исхода, в плену которых находится больной, плохие союзники лечащего врача. Доброжелательные взаимоотношения дисциплинируют пациентов, делают их исполнительными, уверенными в своих силах. А, как известно, «Раны у победителей заживают в два раза быстрее, чем у побеждённых».

Из всех врачебных специальностей профессия хирурга является и самой ответственной, и самой трудоёмкой, вызывающей сильные, глубокие эмоциональные переживания и стрессовые состояния. Хирурги постоянно сталкиваются со своеобразным логическим треугольником: 1. Оперативное вмешательство всегда опасно, так как это травма. 2. Без оперативного вмешательства положение больного оказывается безнадежным. 3. Нельзя лишать больного надежды, т.к. это антигуманно и жестоко. Поэтому от хирурга требуется воля, эмоциональная устойчивость, самообладание, пунктуальность, точность сенсомоторики, высокое оперативное мастерство, совершенное клиническое мышление. С другой стороны хирург должен отличаться и большой выносливостью, т.к. специфика его деятельности требует работать столько, сколько нужно для больного, в противном случае жизнь последнего окажется в опасности. «У меня нет последнего часа работы, а есть последний больной» - говорил врач Гиршман. Деятельность хирурга это пример экстремальной ненормированной работы. В случае неблагоприятного исхода операции, тенденциозной позиции родственников и ближайшего окружения умершего иногда

может взять верх презумпция виновности. Поэтому от хирургов требуется высокий уровень профессиональной бдительности, построение своей деятельности на началах исключительной добросовестности, в точном соответствии с врачебной этикой, профессиональным долгом и гуманизмом, а в исключительных случаях и самопожертвованием. Врачебный долг не знает мелочей, он строг и нетерпим к любым погрешностям. Совесть и порядочность, великодушие и доброжелательность, благородство и внимание, такт и вежливость во всём, что касается жизни и здоровья больного, должны выступать у врача как привычные, повседневные нормы поведения. В основе совести врача лежит принцип гуманизма. Совесть проявляется не только в форме разумного осознания нравственного значения совершаемых действий, но и в форме эмоциональных переживаний. Таким образом, совесть представляет субъективное осознание личностью своего долга и ответственности перед обществом. В обществе требования совести у высоконравственной личности, которой является и должен являться врач, не могут означать ничего иного, кроме служения интересам людей. Поскольку врач ответственен перед обществом, он может испытывать угрызения совести, если не исполнил или неудовлетворительно исполнил свой нравственный долг перед больными.

Совесть, честь, долг – нравственные законы, на которых зиждется врачебная профессиональная деятельность. Известный педагог Сухомлинский писал: «Человек является тем, чем он становится, оставаясь наедине с самим собой. Истинная человеческая сущность выражается в нём тогда, когда его поступками движет не кто-то, а его собственная совесть».

Хорошо сказала о хирургической совести в простых стихотворных строчках врач Валентина Супоницкая:

Когда б хирурги на своём пути,
Ошибку сделав, гибли, как сапёры,
Им легче было б, чем перенести
Своей врачебной совести укоры.
Хотя, быть может, вины и вовсе нет,
А просто так-бессильна медицина,
Но сам перед собой держа ответ,

Себя хирург не назовёт безвинным.
А собственного строже нет суда!
Пускай ему всю эту ночь не спится,
Но должен поутру он, как всегда,
Подтянутым прийти в свою больницу.
Войти к живым, их слушать и смотреть,
Вновь руки мыть, собравши воду в горсти,
И зубы стиснув, снова встретить смерть.
И победить её в единоборстве.

О переживаниях хирурга в связи с операциями лучше всего рассказал известный русский хирург В.А.Оппель в неопубликованных «Хирургических новеллах»:

«...Говорят в публике, что хирурги режут больных без всяких волнений. Режут спокойно и спокойно относятся к исходам своих операций. Если бы кто-нибудь влез в душу хирурга. Этот человек нашёл бы для себя нечто неожиданное. Вспомнишь бессонные ночи, когда лежишь в постели, ворочаешься со стороны на сторону и всё думаешь, всё думаешь - как бы лучше сделать операцию, как бы не повредить.

Кто из хирургов не испытывал во время операций величайшего напряжения. Чтобы подавить в себе чувство боязни, чувство отчаяния за жизнь больного? Кто из хирургов не знает, как ёкает сердце, когда ему сообщают, что у такого-то поднялась температура? Кто не испытывает жуткое чувство перед тем, как войти в палату – будет жив больной или не будет? Кто из хирургов, поборов смертельное заболевание, произведя отчаянную операцию и видя, что больной спасён, не готов рыдать от счастья? Только выдержка заставляет рыдания счастья заменить непринуждённой весёлой улыбкой.

Нет, пусть не говорят о бесчувствии, у хирургов есть спокойствие, этим спокойствием он может гордиться, ибо спокойствие и только оно иногда даёт возможность спасти больного. Но что стоит это спокойствие, как достаётся оно хирургам, пусть лучше не спрашивают хирурга, он всё равно не скажет».

Хирург достигает вершин своих возможностей, когда он руководствуется высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном

человеке и притом, как об его теле, так и состояния его психики. Хирург порождает у пациента сложную совокупность разнообразных душевных переживаний. Хирург, как и любой врач, являясь интеллигентом должен иметь и высокую интеллигентность. Быть и казаться это не одно и то же. К сожалению, интеллигентность в последние годы теряет свою притягательность. Вещизм, ложная престижность, мещанство, торгашество влияют на человека. Истинный интеллигент не может поступиться истинным ради модного, не позволит ловчить, быть нечестным, не гонится за суетным мелким. Врач должен быть хорошо воспитанным человеком. Это не только хорошие манеры. Это нечто более глубокое и коренное в человеке. Это, прежде всего, его внутренняя интеллигентность. Содержание неотделимо от формы. Воспитанного человека не трудно распознать с первого взгляда. Облик его говорит сам за себя. Он скромно, но аккуратно одет. Он не будет разговаривать с пациентом, держа руки в карманах, или сигарету во рту. Высший класс воспитанности – это простота, естественность и непринужденность. Врачи, особенно молодые, зачастую следуя современным модным направлениям, ходят нередко небритыми, в разнообразной одежде, не говоря уже о том, что не стесняются говорить с больными о вреде курения, обдавая их собственным запахом выкуренной сигареты. Как бы не говорили, но как выглядит врач на работе, вне всякого сомнения оказывает большое воздействие на пациента. Строгий, аккуратный стиль вызывает у пациентов большее доверие, чем свободный.

Нормы поведения, определяющие взаимоотношения врача и больного, врачей между собой, врача и общество, вырабатывались на протяжении веков. Они закрепляются в устных и письменных положениях и приобретают черты законов и кодексов, нарушения которых являются предосудительными. Безусловно, время и состояние общества оказывают существенное влияние. Если говорить о психологических особенностях сегодняшнего пациента, то для него характерны: возросшая образованность, не всегда совпадающая с интеллигентностью, переоценка своего понимания проблем медицины, признание (и даже понимание) важности профилактики на словах и иг-

норирование её на деле, склонность к самолечению, обострённый интерес к ненаучным методам диагностики и лечения.

Имеются особенности и у современного врача. Это: всё больший отход от диагностики с переоценкой аппаратно-инструментальных данных, всё более выраженный, упрощённый экономический подход к врачеванию, тенденция по всё большей дегуманизации (ветеринаризации). Порой игнорируются психологические, типологические, характерологические особенности пациента, нежелание врача вникать в условия жизни больного.

Следует остановиться также на законодательном введении правовой категории услуги, что вызвало применительно к содержанию медицинской деятельности неприятие не только среди врачей, но и в среде юристов. Медицинская услуга, ранее не имевшая законодательной формы, в новых социально-экономических условиях обрела правовое содержание. Медицинские услуги могут быть платными или бесплатными для населения, но они всегда возмездны для медицинской организации и персонала, их осуществляющих. Рассматривая понятия «медицинская услуга» и «медицинское обслуживание», прежде всего, нужно перестать вкладывать в эти термины смысл некой разновидности бытового сервиса, это в интересах самих пациентов. Отношение пациента к медицинской услуге, как к бытовым услугам вызывает у медицинских работников снижение эффективности воздействий на пациента. Совершенно справедливо и мудро замечал академик А.Ф.Билибин: «..врачевание - сфера служения, а не обслуживания». Служение и обслуживание – слова одного корня, но насколько различны их смысловые нагрузки! Служение – это мобилизация сил и воли врача, а иногда и вдохновение на подвиг. Обслуживание – исполнение обязанностей без того огромного морального, а порой и физического напряжения, которое требуется для спасения человеческой жизни. Отдавая должное представителям многих нужных профессий (официант, парикмахер и т.д.), нельзя забывать о том, что их работу по силе напряжения ума и воли, ответственности не сравнить с работой хирурга в операционном блоке, реаниматолога в палате интенсивной терапии, врача скорой помощи и многих тысяч

других людей в белых халатах. Приравнивать медицину к сфере обслуживания, к ремеслу – значит, в первую очередь, снижать эффективность её воздействия на больного.

Чем богаче духовный мир врача, тем большим мастерством он обладает, чем строже он придерживается морально-этических принципов и правил деонтологии, тем сильнее его благотворное влияние на больных. Такой врач по-настоящему счастлив.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

¹Семенова О.Н., ¹Наумова Е.А., ²Михневич Н.А.,
²Мышкина М.Ю.

¹ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов; ²Рекламное агентство Промо-Сити, Саратов

Невыполнение пациентами врачебных рекомендаций - серьезнейшая проблема современной медицины. Одной из причин этого является отсутствие взаимопонимания врача и пациента [1]. Фокусированное интервью – качественный метод социально-психологических исследований, который позволяет с высокой достоверностью оценить отношение респондентов к изучаемой проблеме. Это особая форма группового интервью, во время которого внимание и интеллектуальные усилия участников временно сконцентрированы ведущим (модератором группы) на определенной теме для выяснения мотивации тех или иных действий [2]. Фокус-группа обычно формируется из 7-12 участников, не знакомых друг с другом [2]. Групповая дискуссия способствует активизации ассоциативных связей в сознании участников и проявление в беседе неосознанных установок, которые становятся осознанными и выявляются в процессе общения респондентов не только с модератором, но и друг с другом [2]. Одной фокус-группы никогда не бывает достаточным для обоснованных выводов. Как правило, проводятся 3-4 фокус-группы по одному сценарию [2].

Цель исследования: изучение причин, влияющих на приверженность пациентов к длительной терапии.

Материалы и методы: исследование проводилось в 2012 г. В исследование включались пациенты с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и их лечащие врачи. Было исследовано 6 групп пациентов: 3 группы - пациенты, участвующие в различных клинических исследованиях (КИ) по поводу сердечно-сосудистой патологии, проводимых в различных центрах г.Саратова, тщательно соблюдающие все рекомендации врача (фокус-группа №1), 3 группы - пациенты с неоднократным опытом госпитализации по поводу сердечно-сосудистого события, госпитализированные вновь, не соблюдающие, частично соблюдающие, а иногда и полностью отказывающиеся от амбулаторной терапии после выписки из стационара (фокус-группа №2) и одна фокус-группа их лечащих врачей (терапевты и кардиологи). Все пациенты, участвующие в данном исследовании, отбирались лечащими врачами. Количество человек в группах пациентов составляло от 7 до 12. С каждой группой проводилась групповая беседа под руководством модератора (опытного и квалифицированного социолога, без медицинского образования, не знакомого с пациентами и врачами). Длительность беседы составляла около 1,5 часов. Мероприятия фиксировались видеокамерой и диктофоном. Задаваемые вопросы касались отношению, как пациентов, так и их врачей к болезни, информированности пациентов о заболевании, качеству и количеству даваемой информации врачами, процесса лечения, участия в процессе принятия медицинского решения, мотивации к лечению, приверженности к терапии, а также взаимоотношениям пациента и врача. Все вопросы задавались только в открытой форме. Врач-исследователь, имеющий многолетний опыт работы с проблемой приверженности пациентов к лечению, наблюдал on-line трансляцию беседы и с помощью sms или записок, передаваемых через ассистента, задавал дополнительные вопросы и давал комментарии модератору. Ход беседы в дальнейшем был застенографирован. Результаты беседы обсуждались совместно врачами-исследователями и со-

циологом. Все участники добровольно согласились на интервью и подписали информированное согласие.

Результаты: в исследовании приняло участие 47 пациентов: 25 (53,2%) мужчин и 22 (46,8%) женщины, медиана возраста составила 59 лет. Врачи крайне неохотно соглашались на участие в данном исследовании, и только 6 врачей из работающих в Клинической больнице согласились на участие - 100% женщины, медиана возраста 31,5 лет. Стоит отметить, что на участие в данном исследовании пациенты первой группы соглашались без помех, а вот пациенты второй группы крайне неохотно. Группы в целом были сопоставимы между собой. В группе №1 было достоверно больше больных с перенесенным инфарктом миокарда ($p=0,0010$).

Пациенты фокус-группы № 1 полагают, что болезнь - это «судьба» или «катастрофа». Первое сердечно - сосудистое событие воспринималось ими как «случайность», только повторная катастрофа заставила их осознать серьезность своего заболевания и лечиться на постоянной основе, и теперь для них болезнь - это «образ жизни». Информация о заболевании важна для них, но только в том объеме, который позволяет им адекватно реагировать на изменения своего самочувствия и комфортно себя чувствовать (какие таблетки выпить, кому позвонить в экстренной ситуации), больше знать (о сути заболевания, вариантах лечения) они действительно не хотят. Для пациентов этой группы сотрудничество с врачом - это главное в процессе их лечения, но сотрудничество они воспринимают как полное, абсолютное, доверие к врачу, и, соответственно, в процессе принятия медицинского решения они полагаются на мнение врача, как определяющее. Участие в КИ для них - это постоянный контроль, внимание со стороны лечащего врача, поддержание здоровья, «надежда на лучшее», полное доверие не только к врачам, но и к препаратам, которые они назначают (даже плацебо для них - «авось поможет»). Врачи клиники для них – это профессионалы. Но при этом они не отрицают существование определенной внутренней привязанности и симпатии к определенному врачу. В экстренных ситуациях, при отсутствии по каким-либо причинам в данный момент «своего» врача-

исследователя они могут обратиться к «такому же» исследователю, а вот постоянное лечение они предпочитают проводить со своим врачом. Большинство пациентов приняли осознанное решение лечиться на постоянных условиях в рамках КИ в основном по причине нежелания и невозможности получать «такое же» лечение в амбулаторной практике в виду большой загруженности данной службы и малым количеством времени, отведенным на общение с врачом. Эти пациенты полностью удовлетворены процессом своего лечения. Постоянное лечение для них это не только продление и улучшение качества жизни, но и предотвращение повторных катастроф. Прием лекарственных препаратов нисколько не нарушает их жизнь, а только способствует ее продолжению.

Перед представлением результатов беседы с пациентами фокус - группы №2 следует отметить, что поведение пациентов данной группы было различным. Первые две группы, которые характеризовались лечащими врачами как пациенты, не регулярно принимающие терапию и негативно настроенные на процесс лечения, негативно были настроены и на беседу. Третья же группа пациентов, характеризовавшаяся врачами, как регулярно принимающая терапию, но в ходе беседы признавшаяся, что лечится нерегулярно, была очень похожа по поведению на группу пациентов, участвующих в КИ.

Для пациентов фокус – группы № 2 болезнь - это «помеха полноценной жизни». Здоровье в их жизни - это «не приоритет», главное - это работа и работоспособность. Нахождение в больнице для них - «потерянные дни». Заболевание заставляет их задуматься о возможной потере работы как основного источника дохода. Они не понимают всю серьезность своего заболевания, воспринимая его как недолгое «обострение». Они полностью уверены, что дальше будет та же полноценная жизнь, как и раньше и отрицают возможность вообще существования хронических заболеваний. Лечение у них заканчивается при наступлении «хороших результатов» и начинается снова только при ухудшении состояния. Эти пациенты утверждают, что «хотят» как можно больше знать о своем заболевании, чтобы с ним справляться и предотвращать его последствия, но они ничего не де-

лают для этого, не предпринимают попыток для получения такой информации. Свою недисциплинированность они оправдывают нехваткой времени и доминирующим положением работы и бытовых проблем, забывчивостью, а также отсутствием преемственности между стационарной и поликлинической службой, недостаточным объемом информации, предоставляемым врачами амбулаторного звена, «плохим» качеством оказываемой амбулаторной помощи или ее отсутствием, «невниманием», «незаинтересованностью» и «некомпетентностью» поликлинических врачей. Пациентов данной группы не устраивает, что врачам отведено мало времени на прием («За 7 минут все сделать невозможно»), то есть их не удовлетворяет система организации и работы данной службы. Переход от стационарного звена к поликлиническому для них - «хождение по мукам». И даже при ухудшении состояния, они не идут за оказанием помощи в поликлинику, а вновь госпитализируются в стационар. Эти пациенты считают, что не получают адекватную помощь, и не могут ее получить вследствие низкого уровня организации работы поликлиники и стационара. Проявлять активность в поисках иных источников медицинской помощи они отказываются. Пациенты первых двух («неблагонадежных») групп остановились именно на этом. Они сняли с себя всю ответственность за происходящее, и категорично, и иногда даже агрессивно, отказывались дискутировать на этот счет, несмотря на все усилия модератора. В ходе беседы с пациентами третьей группы было выявлено, что они признают свою недисциплинированность и связана она с особенностями самих пациентов: присутствием таких качеств как лень, беспечность, «наплевательское», или наоборот, чрезмерно эгоистическое отношение к себе. Прием лекарственных препаратов вызывает у пациентов группы 2 страх стать зависимым и приобрести «букет других болячек». Мотивацией для лечения у них является плохое самочувствие и неполноценная жизнь. Данные пациенты утверждают, что хотят сотрудничать с врачом, участвовать в принятии медицинского решения, однако амбулаторная помощь «не внушает» им доверия, непонимание их проблем, является для них «обидой» и, как следствие, приводит к отказу от терапии. Они, возможно, были

бы удовлетворены процессом лечения, если бы выполнялись такие условия, как получение достаточного объема информации о своем заболевании, регулярный контроль, внимательное отношение со стороны именно поликлинических врачей. При этом, при вопросе «Если бы Вам предложили участие в клинических исследованиях и наблюдали Вас и оказывали достаточно внимания, как Вам бы хотелось», только пациенты третьей группы ответили, что захотели бы лечиться в этих рамках.

Для врачей болезнь - это «нарушение качества жизни». По мнению врачей, наличие тяжелого, опасного для жизни заболевания и мотивация «чувствовать себя хорошо» - важный фактор для продолжения терапии, а непонимание, недисциплинированность пациентов и недостаток информации служат отказом от лечения. Финансовое положение интеллект, сила воли, эмоции пациентов, а также личность самого врача имеют разнонаправленное действие, по мнению врачей. Врачам от пациентов необходима дисциплинированность, но право выбора в принятии медицинского решения они оставляют за пациентами. К пациентам КИ им всегда удается найти индивидуальный подход для выполнения рекомендаций. В обычной практике это крайне затруднительно в силу высокой загруженности и часто неудовлетворительной оплатой труда. Врачи признают, что интуитивно делят пациентов на «любимых» и «ненадежных» (что влияет на выбор пациентов для участия в КИ), но считают, что это не влияет на процесс их лечения.

Заключение. В исследуемых группах пациентов ярко выражена патерналистическая модель общения врач-пациент. Пациентов первой группы это приводит к полному доверию к врачу и соблюдению всех рекомендаций, а для пациентов второй группы неполучение адекватной помощи в поликлинике является «обидой» на недооценку их доверия и мотивацией для отказа от лечения в дальнейшем. Улучшение самочувствия является важным фактором, и заставляет пациентов первой группы следовать указаниям врача, а второй наоборот, прекращать терапию. «Деление» пациентов врачами является «интуитивным прогностическим фактором» в отношении приверженности к ле-

чению. Очень многое зависит от врача, его умения и желания правильно объяснить пациенту процесс лечения, расставить акценты и суметь достичь доверительных отношений с больным.

Литература.

1. World Health Organisation: Adherence to long-term therapies, evidence for action / Geneva:WHO, 2003.- 230 p.
2. Merton R., Fiske M., Candall P. The focused interview. Glen-coe, 1956.

ГАРМОНИЯ НОРМ ЭТИКИ И ПРАВА В МЕДИЦИНЕ

Цыганова О.А.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Моральные нормы поведения врача, закрепленные в клятвах, существовали еще в древние времена: известны клятва врача древнего Египта; на основе клятвы Гиппократов созданы современные присяги и клятвы врачей во многих странах мира. Также с древности существует и регламентация ответственности врача за ненадлежащее врачевание или нарушение моральных норм поведения. Так, закон Хамурапи (1972-1950 гг. до н.э.) гласит: «если врач провел кому-либо операцию медным ножом и причинил ему смерть, то должно отсечь ему руку».

Достижения науки нередко идут впереди правового обеспечения тех правоотношений, в которые она вторгается. Сначала совершается научное открытие, далее возникают определенные правоотношения, отображающие особенности морали, нравственности, этики, философии, религии народов отдельного государства и лишь затем они отображаются в законе.

Особенности развития медицинской науки в настоящее время характеризуются активным развитием именно тех направлений, которые не имеют не только законодательного закрепления, но и сложившегося отношения общества к ее открытиям. Это касается таких вопросов как трансплантология, вспомогательные репродуктивные технологии, процесс рождения и умирания человека и др.

В законодательстве Российской Федерации некоторые направления медицинской деятельности или полностью запрещены (например, эвтаназия) или не имеют должной правовой регламентации (изменение пола при транссексуализме, суррогатное материнство, медицина пренатального периода, органное донорство). И это связано не с нежеланием законодателя регламентировать эти вопросы, а с отсутствием в обществе единого отношения к данным проблемам.

Этические подходы, основанные на клерикальных (христианских, иудейских, исламских, индуистских и др.) взглядах на добро и зло, допустимость или отрицание «опасного знания» современной науки, крайне противоречивы. Отсутствуют и единые взгляды на вопросы морали и этики в медицине и у признанных светских моральных авторитетов. Значительные различия существуют и в национальном правовом регулировании современных достижений медицины в разных странах.

Это происходит не только в связи с неравномерным развитием самой медицинской науки, когда теоретические ее достижения опережают развитие моральных установок, но и из-за интеграции научного знания в систему социальных институтов, таких как семья, частная собственность, религия.

В медицине полем этической регламентации выступает достаточно большой круг проблем: взаимоотношения врача и пациента; взаимоотношения внутри профессионального сообщества; отношения собственности и выгоды в медицинской деятельности; отношения к достижениям науки и критерии их внедрение в повседневную практику; взаимоотношения на фармакологическом рынке; эстетические нормы медицинской практики; отношение медиков к социальным и природным факторам, влияющим на здоровье человека; корпоративное обособление медицинских профессионалов в обществе; моральный статус пациента по отношению к своему здоровью и рекомендациям врача. Высокая интегрированность биосоциального пространства человека в эпоху постиндустриального общества предполагает значительную и активную этическую регуляцию этих процессов. Однако не только все общество, но и даже медицинские работники до

конца не осознали ее необходимость. А значит, невозможна и дальнейшая юридическая регламентация разрешения этих проблем.

Примером того, как моральные постулаты, существующие в обществе в конкретный период времени, влияют на формирование национального законодательства, может послужить анализ нормативной регламентации аборт в России. Так, XV - XVIII веков за вытравление плода зельем или с помощью бабки-повитухи священник накладывал на женщину епитимью сроком от 5 до 15 лет. Во второй половине XVII века специальным законом, принятым царем Алексеем Михайловичем Романовым, за искусственное прерывание беременности в качестве меры наказания была установлена смертная казнь. В 1715 г. Петр I своим указом смягчил это наказание, заменив смертную казнь каторжными работами. По положению о наказаниях 1845 г. аборт приравнивался к умышленному детоубийству. Вина за это преступление возлагалась как на людей, осуществлявших изгнание плода, так и на самих женщин. Аборт карался каторжными работами от 4 до 10 лет для врача и ссылкой в Сибирь или пребыванием в исправительном учреждении от 4 до 6 лет для самой женщины.

После революции ситуация изменилась. Свободная любовь начала восприниматься как условие раскрепощения женщины. В сочетании с отсутствием противозачаточных средств это вело к стремительному росту числа внебрачных детей. Постановлением Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции от 16 ноября 1920 г. «Об искусственном прерывании беременности» аборт в Советской России были легализованы. Желаящим предоставлялась возможность сделать операцию по искусственному прерыванию беременности в специальном медицинском учреждении бесплатно. Советская республика стала первой в мире страной, узаконившей прерывание беременности по желанию женщины. В 1925 г. на 1000 жителей крупных городов приходилось, примерно, 6 случаев искусственного прерывания беременности. Преимуществами на аборт вне очереди пользовались фабрично-заводские работницы. Однако эра легальных аборт оказалась недолгой. Государство постепенно брало под контроль едва ли не все сферы жизни своих граждан,

и в 1930-е годы очередь дошла до деторождения. В 1926 г. в России были полностью запрещены аборт впервые забеременевших женщин, а также делавших эту операцию менее полугода назад. В 1936 г., в связи со сложной демографической ситуацией, операции по искусственному прерыванию беременности вновь были запрещены под страхом уголовной ответственности (Постановление ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родительных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и некоторые изменения в законодательство о разводах»). Теперь аборт производили только по медицинским показаниям. Закон о запрете абортов действовал в СССР до 1955 г., когда Указом Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов» производство операции искусственного прерывания беременности было разрешено всем женщинам при отсутствии медицинских противопоказаний. В начале 1980-х срок искусственного прерывания беременности был увеличен с 12 до 24 недель. В 1987 г. искусственно прерывать беременность разрешили даже на сроках до 28 недель, если для этого имелись социальные показания. В 1996 г. предельный срок для искусственного прерывания беременности был сокращен до 22 недель (таковы в настоящее время и нормы ВОЗ), а перечень социальных показаний расширен. Показаниями к аборту стали считаться: отсутствие жилья, статус беженца или переселенца, безработица, доход семьи ниже прожиточного минимума, установленного в данном регионе, незамужество. В 2012 г. Постановлением Правительства РФ № 98 от 06.02.2012 г. оставлено лишь одно показание для прерывания беременности по социальным показаниям: беременность, наступившая в результате изнасилования.

Вместе с тем, юридически закрепленные нормы морали уже в качестве норм закона предусматривают санкции за их нарушение. То есть общество стремится заставить тех, для кого данные требования не стали внутренними потребностями, соблюдать морально-этические взгляды большинства. Профессор М. Шарогорский указы-

вал, что никакие юридические законы не могут заменить совесть врача, но и совесть не может заменить юридические законы, по той простой причине, что совесть есть не у всех. Так, обязательность реализации деонтологического принципа врачебной тайны, перешедшего из клятвы Гиппократов в законодательство и этические кодексы медицинских работников, закрепляется наличием ответственности за его нарушение, вплоть до уголовной (ст. 155 УК РФ «Разглашение тайны усыновления»).

Таким образом, общество будет считать справедливым и грамотным тот закон, в котором гармонично будет сочетаться мораль, нравственность, этика и право. В свою очередь формирование определенных взглядов общества на сложные с морально-этической точки зрения вопросы, является одной из основных целей биомедицинской этики.

ПРАВО НА РОЖДЕНИЕ И СМЕРТЬ: МОРАЛЬНО-ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Цыганова О.А., Ившин И.В.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Начало и конец жизни человека с древних времен вызывали пристальное внимание представителей различных религиозных конфессий, медиков, философов, правоведов. Вместе с тем, и в настоящее время в обществе отсутствуют единые устоявшиеся морально-этические взгляды на эти основополагающие проблемы, что ведет к невозможности их нормативно-правовой регламентации и тормозит дальнейшее развитие науки.

Сложности практической реализации права на рождение сопряжены с целым комплексом нерешенных проблем: установление времени возникновения данного права; отсутствие четкого определения правового статуса плода и эмбриона; возможность ограничения автономии матери правом на жизнь плода и др.

Определение статуса человеческого эмбриона является одной из фундаментальных проблем современной биоэтики и медицинского права. Ее решение повлечет за собой существенное продвижение законодательной регламентации исследований в области репродуктивных технологий, терапевтического клонирования, исследований стволовых клеток, перинатальных генетических исследований, генной инженерии, трансплантологии.

Неоднозначность взглядов на эти вопросы проявляется различными подходами к реализации позиций международного законодательства в национальных нормативных базах. Так, согласно Международной Конвенции о правах ребенка «ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в надлежащей правовой защите, как до, так и после рождения». В законодательстве Нидерландов еще не родившийся ребенок считается уже появившимся на свет, если эта презумпция соответствует его интересам. В российском законодательстве ребенком считается лицо до достижения 18 лет. При этом сроки начала жизни находятся вне правового поля. Сама же возможность иметь права и нести обязанности (правоспособность) в соответствии с действующим российским законодательством возникает у человека лишь с момента рождения и заканчивается после наступления смерти.

Вместе с тем, не только законодатели, но и сами медики не имеют единых взглядов на время начала жизни. Так, одни ученые придерживаются позиции, что началом жизни следует считать закрепление эмбриона в матке. Другие считают отправной точкой формирование нервной системы, когда начинает работать мозг. При этом часть сторонников «мозгового критерия» полагают, что это 6-8 неделя беременности, т.е. момент формирования серого вещества, другие связывают начало жизни с формированием коры головного мозга (22-24 неделя беременности), третьи – с этапом активности коры (25-32 неделя), четвертые – с этапом завершения структурирования мозга (32-36 неделя). Наиболее распространенной в настоящее время является позиция, изложенная Э. Болье: «Разграничение между эмбрионом, плодом и человеком является условным. Это тайна жизни. Но

науке абсолютно точно известно, что в течение первых двух недель с момента оплодотворения эмбрион не может считаться индивидуумом, поскольку на этой стадии он может разделиться и образовать близнецов. В момент же оплодотворения, по причинам, до конца не известным науке, вместо эмбриона может образоваться опухоль – хоррионэпителиома».

Клерикальная позиция в отношении фиксации момента возникновения человека также не является единой. В католической церкви со времен позднего средневековья, благодаря работам Фомы Аквинского, была признана аристотелевская концепция «одушевления», согласно которой жизнь человека начинается с момента «вселения» души в зародыш (на 40 день после зачатия у мужчин и на 80 день – у женщин). Представитель православной церкви в Америке И. Брек пишет, что признание различия между эмбрионом (после 14 дней беременности) и преэмбрионом (до 14 дней беременности) «как медициной, так и этикой будет означать далее, что преэмбрион – носитель потенциальной, а не реальной человеческой жизни и потому, в отличие от эмбриона, не может рассчитывать на преимущества в виде прав и гарантий, предоставляемых обществом полноценному человеческому индивиду, или личности». В исламе распространен строгий запрет на аборт после того, как эмбрион обретет душу – по разным версиям это происходит от 40 до 120 дня зачатия.

Правовая регламентация начала человеческой жизни также значительно различается в разных странах. Официальная научная позиция, ставшая основой законодательства Европейского Союза в отношении правового статуса человеческого эмбриона, позволяет свободное обращение с эмбрионом и его клетками до 14 дня с момента оплодотворения. В российском законодательстве правосубъектность эмбриона возникает только при условии его живорождения. То есть зачатый ребенок будет полноправным субъектом в дальнейшем (после родов) при условии рождения его живым. Согласно ч.2 ст. 17 Конституции РФ права и свободы человека принадлежат ему с рождения. Не родившийся человек не имеет никаких прав, в том числе, права на жизнь. Уголовное право России расценивает прерывание бе-

ременности как тяжкий вред, причиненный здоровью его матери, т.е. плод практически "приравнивается" к части ее тела и самостоятельной уголовно-правовой охраны не имеет.

Таким образом, можно сделать вывод, что с точки зрения клерикального, научного и нормативно-правового подхода человеческий эмбрион имеет неопределенное положение.

Столь же существенные расхождения существуют и во взглядах на реализацию человеком своего права на смерть. Термин «эвтаназия» впервые употреблён Френсисом Беконом в XVI веке для определения «лёгкой смерти». По методике выполнения различают пассивную и активную эвтаназию. Пассивная эвтаназия или «метод отложенного шприца» заключается в прекращении борьбы за жизнь пациента и оказания медицинской помощи, направленной на продление жизни. Данный вид эвтаназии узаконен Верховным судом Калифорнии, разрешен в Израиле, одобрен Сенатом Франции. Активная эвтаназия или «метод наполненного шприца» заключается во введении умирающему каких-либо лекарственных препаратов или другие действия, влекущие за собой быстрое и безболезненное наступление смерти. По данным литературы различают несколько вариантов реализации активной эвтаназии: «собственно активная эвтаназия», когда медицинский работник, видя мучительные страдания безнадежно больного человека, вводит ему какой-либо препарат, в результате чего наступает смерть; «самоубийство, ассистируемое врачом», когда медик лишь помогает неизлечимо больному человеку уйти из жизни, при этом пациент сам, без непосредственного участия медицинского работника, включает/выключает какое-либо предоставленное медиком устройство, что приводит к быстрой и безболезненной смерти. Впервые активная эвтаназия была легализована в Нидерландах, Бельгии и некоторых штатах США. Также выделяют принудительную эвтаназию, осуществляемую вопреки воле пациента, которая была применена в нацистской Германии: последствиями программы «Эвтаназия», утвержденной декретом от 01.09.1939 года, стали 275 тыс. умерщвленных умственно отсталых, психически больных, старчески

неможных, которых сочли бесполезными для общества и предали смерти в газовых камерах.

Несмотря на распространение легальной эвтаназии в мире, многие врачебные ассоциации и религиозные концессии, видные общественные деятели выступают с заявлениями о неприятии и антигуманности эвтаназии в современном мире. Для формирования таких взглядов существуют глубокие исторические корни. Прекратить жизнь самому себе всегда считалось смертным грехом. Душу имеет право забрать тот, кто ее кто ее дал, ибо сказано в Священном писании: «...не по своей воле ты создан, и не по своей воле ты родился, и не по своей воле ты живешь, и не по своей воле ты умираешь...». На неприятии эвтаназии стоит клятва Гиппократата: «...я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути подобного замысла». Святейший патриарх Алексий говорил: «... эвтаназия – это один из видов сознательного самоубийства. В религиозном отношении это крайняя степень отпадения от Бога». Исламский Европейский Совет по фетвам и исследованиям (ЕСФИ) в 2006 году постановил, что «... активная и пассивная эвтаназия является самоубийством и, следовательно, запрещена в исламе». Римская Католическая Церковь позволяет воздерживаться и отменять направленную на сохранение жизни терапию, если она мучительна, опасна, или может иметь непредсказуемый исход. Активная эвтаназия, с точки зрения католиков, безусловно запрещена. Вместо нее должна быть предложена паллиативная терапия. Система еврейских законов или Галаха, составленная на основании Библии (Танаха), Талмуда и раввинистических респонсов, разделяет активные и пассивные действия, а также воздержание и отмену лечения, направленного на поддержание жизни. Галаха не позволяет ускорять наступление смерти, даже у терминального больного, но не препятствует обезболиванию, или активному продлению жизни страдающего человека.

Вместе с тем, данные литературы свидетельствуют о том, что достаточно большая часть общества считает эвтаназию не противоречащей общечеловеческим принципам. При этом оговаривается, что окончательное решение должно принадлежать самому пациенту, а в

случае некомпетентности последнего - его родственникам. Вместе с тем, учитывая особенности российского общества нельзя не согласиться с мнением В.В. Жириновского: «Мы не сможем контролировать даже самого безупречного закона об эвтаназии. Убийства, связанные с наследством, недвижимостью, с любой корыстью получают законное прикрытие». Нельзя не учитывать и тот факт, что самыми активными противниками любой формы эвтаназии в настоящее время являются жители Германии - страны, имеющей печальный опыт ее принудительного осуществления.

Таким образом, можно сделать вывод, что нормативная регламентация права на рождение и смерть на национальном уровне зависит от степени влияния клерикальной и научно-прагматической доктрин на формирование общественного мнения и не является достаточной ни в одном государстве.

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИЧНОСТИ ВРАЧА

Цыганова О.А., Нагибина З.А., Вострякова И.С.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

Особенностью современной жизни является сосуществование различных, порой противоречивых, морально-мировоззренческих ориентаций. В этих условиях вопрос о моральной-этическом самосознании врача приобретает особую остроту. Новые реалии современной медицинской науки и практики – реаниматология, трансплантология, медицинская генетика, искусственное оплодотворение, выходя на новые уровни влияния и управления человеческой жизнью, сталкиваются и вступают в противоречие с традиционно-мировоззренческими принципами.

Сложилась парадоксальная ситуация, когда активное внедрение техники лишь уменьшает возможности личного общения врача с пациентом. Между тем, с древности известно большое значение дове-

рительных отношений врача с пациентом, позволяющих выявить то, что не доступно прибору, что обнаруживается лишь в ходе личной беседы, выяснении структуры личности, психологических особенностей пациента.

В настоящее время участились случаи привлечения медицинских учреждений к гражданско-правовой ответственности, возникающей в связи с недовольством потребителя полученной медицинской услугой. Также данные многочисленных исследований подтверждают, что ведущей причиной жалоб пациентов в органы управления здравоохранением является не качество медицинской помощи, а этико-деонтологические нарушения, спровоцированные бездушием и формализмом медиков.

Нами, с целью анализа представлений врачей-интернов об основных этических категориях их профессиональной деятельности, различных деонтологических аспектах, а так же об отношении к современным формам вспомогательных репродуктивных технологий (суррогатное материнство, экстракорпоральное оплодотворение) и участию медиков в процессе умирания (эвтаназия, реанимация) проведено специальное медико-социологическое исследование.

Данное исследование проводилось среди врачей-интернов различных специальностей. В анкетировании приняло участие 115 человек, из них 16,5 % мужчин и 83,5 % женщин, средний возраст составил 23,9 года. Основная часть (82 %) респондентов родом из Архангельской и Вологодской областей. Сбор статистического материала проводился методом анкетирования по специально разработанной статистической карте, которая состояла из 20 вопросов, на каждый из которых были предложено несколько вариантов ответов. Респондентам предлагалось выбрать из представленных утверждений вариант, наиболее близко соответствующий их личным убеждениям и представлениям. Статистическая карта включала три блока вопросов: первый характеризовал общие представления врачей-интернов об этических категориях; второй отражал деонтологические аспекты взаимоотношений врачей и пациентов, третий – отношение к частным проблемам биоэтики.

Представления респондентов по всем трем блокам не имели статистически значимых различий по полу, семейному положению, месту жительства, наличию или отсутствию детей, принадлежности к медицинским династиям, субъективному восприятию своего здоровья, что говорит о недоказанности влияния данных социально-демографических факторов на формирование нравственно-этических убеждений врачей-интернов.

Анализ представлений врачей-интернов об основных категориях этики показал отсутствие единых сформированных взглядов и убеждений. Если такое понятие, как «нравственность» большинство респондентов определили как совокупность субъективных реакций и форм поведения человека (60,5 %), что соответствует толковому словарю Ефремовой [1], то в восприятии понятия «мораль» мнения врачей-интернов разделились почти поровну: 44,7% респондентов определили ее как отклассифицированные культурой по критерию «добро-зло» отношения и нравы людей, а 34,2 % - как форму «коллективного бессознательного», которое указывает на должное. Авторы статьи разделяют убеждения первой группы опрашиваемых, воспринимающих добрые поступки соответствующими требованиями морали, а злые – не соответствующими.

Понятие «справедливость» также не получило однозначной трактовки у врачей-интернов. Значительная часть (43,0 %) опрошенных определили справедливость как принцип, регулирующий отношения между людьми. Каждый пятый (20,2%) воспринимает справедливость как равенство, каждый восьмой (13,2%) – как праведность, исполнение закона и ответ добром на зло, а каждый десятый (11,4%) – как ситуационную пользу, действие, результат. Еще больше разногласий в восприятии понятия «добро». Как недостижимый идеал его восприняли 34,2 % опрошенных, как абсолютную волю - 22,8 %, как материальную категорию (имущество и достаток) - 14,9 %.

Согласно толковому словарю В. Даля совесть – это чувство нравственной ответственности за свое поведение перед окружающими людьми, обществом [2]. По мнению большинства респондентов

(70,1 %), отсутствие совести является симптомом психического расстройства.

«Милосердие» по мнению врачей-интернов это способность к состраданию, готовность оказать помощь тому, кто в ней нуждается (69 %). При этом большинство из них (59,6 %) считает, что готовность выполнить любую просьбу человека не имеет ничего общего с милосердием, а каждый третий (34,2 %) уверен в различии понятий милосердие и снисходительность.

Анализ ответов на вопросы, характеризующие деонтологические аспекты взаимоотношений врача и пациента, показал большее единодушие мнений респондентов.

По мнению подавляющего большинства (83,3 %) врачей-интернов основным отличительным признаком профессиональной этики врача является осознанный выбор моральных принципов и правил поведения. Вместе с тем, каждый десятый (11,4 %) считает, что регулятором медицинской деятельности должна стать лишь уголовная ответственность за несоблюдение профессиональных этических норм.

Настораживает тот факт, что лишь каждый третий (27,2 %) респондент отнес социальное одобрение к основным критериям, отличающим моральное регулирование медицинской деятельности от правового. Большая часть врачей-интернов (72,8 %) отнесли к критериям морального регулирования свободу выбора действия (39,5 %), произвольность мотива деятельности (20,2 %), а так же уголовную безнаказанность (13,2 %).

Право больного человека отказаться от продолжения лечения, по мнению большинства опрошенных (64,0 %), основывается на принятии воли Божией и праве на спокойную и естественную смерть. Вместе с этим, каждый шестой (15,8 %) допускает, что данное право не может быть реализовано в полной мере из-за осознания ограниченности финансовых возможностей пациента и признании ограниченности доступных медицинских средств.

Несмотря на двадцатилетний период существования в нашей стране парадигмы партнерских взаимоотношений врач-пациент, мне-

ния врачей – интернов по поводу утверждения «решение пациента – закон для врача» разделились: 42,1 % опрашиваемых нравственно оправдывает данное утверждение, в случае, если такое решение не приводит к ухудшению состояния пациента. Треть респондентов (33,3 %) считает, что решение пациента должно быть мотивировано «информированным согласием» и не угрожать другим человеческим жизням.

В отношении к частным вопросам биоэтики, анализ ответов так же показал большее единодушие мнений респондентов.

По мнению большинства респондентов (66, 7 %) аборт допустим, лишь в случае внематочной беременности, когда эмбрион изначально обречен на гибель. Вторая по частоте причина допустимости аборта (16, 7 %) - решения матери, за которое врач не несет ответственности. За пределами данного исследования остались для авторов статьи причины выбора такого ответа: уважение автономии женщины или не желание брать на себя ответственность за ее выбор.

В отношении выявления причин этической неприемлемости «аномальной техники деторождения» мнения респондентов разделились: 37,7 % респондентов считает, что это связано с нарушением права ребенка быть рожденным в традиционном браке естественным путем, 18,4 % – с уничтожением лишних эмбрионов, 17,5% – с обесцениванием роли материнства и материнской любви в случаях легализации «суррогатного материнства».

Большее единодушие врачи-интерны проявили в своем отношении к уничтожению лишних эмбрионов при экстракорпоральном оплодотворении, Большинство (73,7%) респондентов считает, что это вынужденная мера и лишь каждый седьмой (14,0 %) – рассматривает данный факт как основание для запрета на использование данного метода.

При выявлении наследственного заболевания у развивающегося плода судьбу этого плода (продолжение беременности или аборт), по мнению большинства врачей - интернов (54,4 %) должны решать только родители, при этом еще 36,8 % респондентов считает, что должна решать только мать. Лишь незначительная часть (7,0 %) предполагает оставить данное решение за врачами-профессионалами.

Неприемлемость эвтаназии с медицинской точки зрения, большинство опрошиваемых (73,7 %) объясняет нарушением моральной заповеди «не убий», а каждый седьмой (13,2 %) – как запрет на реализацию предназначения врача спасать и сохранять человеческую жизнь.

Подавляющее большинство врачей-интернов (91,2 %) поддержало использование реанимационного оборудования для пациента, находящегося в критическом состоянии, обосновав его реализацией принципа «борьбы за человеческую жизнь до конца».

Как и в российском обществе в целом, идея активной эвтаназии (отключение системы жизненного обеспечения пациента, находящегося в длительной коме) не нашла однозначной поддержки среди врачей-интернов. Вместе с тем, большинство (70,2 %) по разным причинам явились ее сторонниками: значительная часть опрошиваемых считает, что это – акт милосердия к пациенту (38,6 %), или к его родственникам (15,8 %), еще 15,8 % полагает, что это – экономия средств общества и лишь треть (29,8 %) уверена, что это убийство.

Большинство респондентов (64,9 %) считает, что изъятие органов от мертвого донора этично лишь при условии высказанного им при жизни и юридически оформленного согласия. Для каждого шестого врача (14,9 %) достаточным условием изъятия органов будет считаться отсутствие высказанных донором прижизненных возражений против забора органов, еще для 12,4 % опрошиваемых достаточно согласия родственников.

Таким образом, результаты проведенного нами социологического исследования свидетельствуют о различии представлений у врачей-интернов об основных биоэтических категориях, деонтологии, а так же о современных формах медицинского вмешательства в репродукцию человека, о медицинских способах влияния на процесс умирания, трансплантологии. Несмотря на выраженную разносторонность мнений, анализ результатов исследования явно показывает понимание врачами-интернами главной цели медицинского знания и медицинской деятельности – спасение жизни, оказании помощи в достижении здоровья.

Поведение врача и с точки зрения его внутренних устремлений, и с точки зрения его внешних поступков, по мнению респондентов, мотивируется интересами и благом пациента. Практическое отношение врача к человеку, изначально ориентированное на заботу, помощь, поддержку, безусловно, является основной чертой профессиональной врачебной этики. Гиппократ справедливо отмечал непосредственную зависимость между человеколюбием и результативностью профессиональной деятельности врача.

Среди оснований формирования мнений опрашиваемых врачей-интернов, определяющим является не только экономическое и познавательное, но и главное – моральное основание, т.е. решительность действий, направленных на благо страдающего человека, что не может не внушать оптимизма в отношении нравственной зрелости молодых врачей, которые уже через несколько месяцев получают сертификат специалиста и начнут свою профессиональную деятельность.

Литература:

- 1 Ефремова Т. Ф. Новый словарь русского языка. Толково-словообразовательный. – М.: Русский язык, 2000. 1233 с.
- 2 Даль В. Толковый словарь живого великорусского языка, тт. 1-4. — М., 1978 (репринт изд. 1880—1884).

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦЕННОСТНОГО ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ СОТРУДНИКОВ ГБУЗ АО «СГП «ЯГРЫ» И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Цыка Е.М., Патокина Т.И.

ГБУЗ АО «Северодвинская городская поликлиника «Ягры»

Здоровый образ жизни – это система поведения человека для достижения благополучия для себя, для семьи и государства.

Семья, как известно, это ячейка общества, а совокупность семей на макроуровне представляет собой основу (базу) нашего государства [1]. Поведение детей – наиболее чуткий показатель образа жизни семьи, одна из функций которой –

здоровьесберегающая, обеспечивающая возможность профилактики заболеваний. В семье приобретаются первые знания и опыт, формируются привычки. В семье происходит формирование установки «на здоровье», прежде всего, под влиянием родителей, т.е. происходит выработка твердой мотивации к здоровому образу жизни [3]. Соблюдение режима дня, закаливающие мероприятия воспитывают у детей потребность в здоровом образе жизни, а здоровьесберегающее поведение родителей служит примером для подражания детям.

Здоровым образом жизни называют характер жизни человека, его поведение и мышление, которые обеспечивают охрану и укрепление здоровья. Это понятие предполагает рационально организованный, активный, трудовой, закаливающий порядок бытия. Он основан на принципах нравственности и защищает от неблагоприятных воздействий окружающей среды, что позволяет до глубокой старости сохранять нравственное, психическое и физическое здоровье [3]. Иными словами, здоровый образ жизни объединяет все, что помогает выполнению человеком своих обязанностей в обществе.

К здоровому образу жизни невозможно прийти без осмысления необходимости подобного поведения. Это должно быть личное убеждение в том, что других путей к здоровью и благополучию семьи и общества не существует [1].

Цель нашего исследования – изучение отношения к здоровому образу жизни медицинских работников, в чьи профессиональные обязанности входит воспитание здоровьесберегающего поведения. Немаловажное значение имеет факт укрепления и сохранения здоровья самими пропагандистами. Их здоровьесохраняющее поведение служит примером для своих детей, для родных и близких, для пациентов.

Исследование мы проводили среди сотрудников ГБУЗ АО «Северодвинская городская поликлиника «Ягры» методом анкетирования. В анкетировании приняли участие медицинские

работники и члены их семей, в т.ч. дети школьного возраста, - всего 137 человек, из них 112 взрослых и 25 детей.

Анкета для взрослых содержит 11 вопросов, разделенных на следующие блоки: понятие термина «здоровый образ жизни», от каких факторов зависит здоровье, наличие вредных привычек у респондентов, зависимость поведения детей от образа жизни родителей.

Анкета для детей состоит из 13 вопросов, также разделенных на блоки: о значении здоровья, об укреплении здоровья, о желании знать больше о сохранении здоровья, о наличии вредных привычек, о мнении детей об образе жизни родителей, о желании детей подражать родителям в здоровом образе жизни.

Ответы взрослых респондентов позволяют сделать выводы о том, что здоровье зависит в большей степени от образа жизни. Так считают 79,5% взрослых опрошенных. Зависимость здоровья от наследственности отметили 52,7% респондентов, от экологии – 50,0% и от медицины – 26,8% взрослых.

Среди наиболее опасных для здоровья факторов взрослые респонденты отметили курение (57,1%), стресс (41,1%), алкоголизм (35,7%), избыточный вес (29,5%), повышение сахара в крови (26,8%).

На вопрос анкеты о соблюдении взрослыми респондентами правил здоровьесберегающего поведения ответы распределились следующим образом: 87,5% респондентов регулярно питаются, 69,6% своевременно обращаются к врачу, 68,8% стараются не расстраиваться по пустякам, 56,3% опрошенных спят не менее 7-8 часов в сутки, 41,1% опрошенных делают утреннюю зарядку и 21,4% воздерживаются от еды после 19 часов.

Курение и употребление спиртного отрицают 97,3% и 79,5% взрослых респондентов соответственно, тогда как 2,7% опрошенных иногда курят и 20,5% употребляют алкоголь.

Недопустимость курения и употребления алкоголя в присутствии детей утверждают все опрошенные.

Все взрослые респонденты считают свой образ жизни здоровьесберегающим, тогда как на вопрос о том, являются ли

опрошенные примером для подражания детям, 93,8% ответили утвердительно, а 6,3% - отрицательно.

Зависимость здоровья и счастья детей от образа жизни родителей подтверждается большинством (99чел.) респондентов, что составляет 88,4%, а 11,6% опрошенных отрицают такую зависимость.

Ответы анкетированных детей позволяют сделать выводы о том, что важность быть здоровым признают все респонденты.

Для сохранения и укрепления здоровья большинство детей (92,0%) считают необходимым занятия спортом, 84,0% - не употреблять спиртные напитки, 84,0% - соблюдение режима дня, 56,0% - правильное питание.

На вопрос о том, почему важно быть здоровым, большинство опрошенных (80,0%) ответили, чтобы быть сильными, 76,0% - чтобы радовать родителей, 52,0% - чтобы хорошо учиться.

По мнению детей, о здоровье должны заботиться они сами - 56,0%, родители – 28,0%, медицинские работники – 16,0%.

Большинство детей (80,0%) желают больше знать о сохранении и укреплении здоровья. О том, как сохранить здоровье, 44,0% детей узнают от медицинских работников, 40,0% - от родителей, 12,0% - от друзей.

Пробовали курить и употреблять алкоголь 12,0% респондентов-детей, а 88,0% опрошенных дали отрицательный ответ. Знают, что такое наркотики, 12,0% опрошенных детей. Вред курения, алкоголя и наркотиков подтверждают ответы всех респондентов.

Большинство детей (84,0%) считают, что их родители ведут здоровый образ жизни, а четверо (16,0%) опрошенных отрицают это. О желании подражать своим родителям в образе жизни свидетельствует 21 ответ (84,0%), а 16,0%, напротив, не желают быть похожими на своих родителей.

Итак, проанализировав ответы, можно сделать выводы о том, что здоровый образ жизни является залогом здоровья для всех респондентов, большинство которых придерживаются правил здоровьесберегающего поведения. Для сохранения и укрепления

своего здоровья они создают свой образ жизни, свою индивидуальную систему поведения, которая наилучшим образом обеспечивает достижение физического, душевного и социального благополучия. Большинство родителей-медиков уверены в том, что от их образа жизни зависят здоровье и счастье детей. Большинство детей считают своих родителей образцом для подражания в здоровом образе жизни.

Таким образом, сотрудники ГБУЗ АО «СГП «Ягры» и их дети относятся к здоровому образу жизни как к ценности и стремятся поддерживать в себе ряд качеств, необходимых для укрепления здоровья, такие как здоровьесберегающее поведение, вера в то, что образ жизни, который они ведут, даст положительные результаты.

Литература.

1. Атласова И.В. Формирование здорового образа жизни. / И.В.Атласова. // Главная медицинская сестра. М.: ЗАО «МЦФЭР». -2008 .-№6. -с20-21
2. Артюхов И.П. Семейный человеческий капитал. /И. П. Артюхов, О.М. Новиков, В.Ф. Каштанов. // Проблемы управления здравоохранением. М.: Медицина.-2008 .-№1 .-с32-34
3. Макарова В.И. Формирование самосохраняющего поведения подростков: методические рекомендации / В.И.Макарова, Н.А.Артемова, М.Г.Дьячкова. - Архангельск, 2006- с.4
4. Мякшинова А.О. Формирование здорового образа жизни // Образовательная среда: ребенок и здоровье. Сборник научных трудов. СГМУ. -2006 .-с66-67
5. Сухих М.А. Формирование базовой культуры здорового образа жизни / М. А. Сухих // Здоровая образовательная среда – здоровый ребенок: материалы Всероссийской Конференции , г. Архангельск, 2003г. –Архангельск, 2003.- с.289-290

ФОРМИРОВАНИЕ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Чумакова Г.Н., Киселева Л.Г., Лобанова Е.В., Макарова А.А., Буланов Р.Л.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск

По мнению философа И.А.Ильина воспитание не должно сводиться к словесной проповеди, его основная задача не в наполнении

памяти и не в образовании интеллекта, а в зажигании сердца. Человек определяется тем, что он любит и как он любит. Его определяет и ведет не мысль и не сознание, а любовь и сердце. Образование в России конца XX века сводилось к делу памяти, смекалки и практическим умениям, оно было оторвано от духа, совести, веры, характера. «Образование без воспитания не формирует человека – замечал И.А.Ильин, разнуздывает и портит его, ибо оно дает в его распоряжение жизненно выгодные возможности, технические изменения, которыми он, - бездуховный, бессовестный, безверный и бесхарактерный, - и начинает злоупотреблять. Надо раз и навсегда установить и признать, что безграмотный, но добросовестный простолудин есть лучший человек и лучший гражданин, чем бессовестный грамотей...»

В современной России целью обучения и воспитания становятся успешность, карьера, вхождение в общество западного типа. Формируется адаптационная система образования, позволяющая студенту приспособиться к условиям жизни в обществе, но исключая условия для духовного, а значит и личностного роста.

Эти процессы объясняются ориентацией современной системы образования на рынок труда. Цель и смысл человеческой жизни низводится до полезности человека в конкретной экономической и политической системах, что ставит конкретные педагогические цели – социальная адаптация и профессионализация. В такой системе образования нет места университетской подготовке и духовно-нравственному воспитанию. Первое заменяется получением компетентности и начальной грамотности, второе – коммуникативными тренингами и технологиями общения. Происходит воспитание человека лишь как психофизического организма и общественного индивида и исключается духовное воспитание личности. Духовные законы – такие же законы, как и законы природы. Нарушая их, человек искажает свою жизнь, усложняет ее и делает безрадостной, низводя цели жизни до гедонизма – получения удовольствия или до утилитаризма, - получение пользы или блага.

Врачебное искусство во многом определяется степенью человеколюбия. «Где любовь к людям – там и любовь к своему искусству» -

писал Гиппократ. Умение подчинить себя интересам больного, милосердие, сострадание и самоотверженность – свидетельство профессионализма врача. Подлинный профессиональный рост немислим вне личностного роста, поэтому требуется нравственно-ориентированная этическая доминанта в медицинском образовании, а духовно-нравственная ориентация – должна быть не придатком, а необходимой ценностью и в мировоззренческом, и в педагогическом, и в профессиональном плане.

Низкий уровень духовно-нравственной культуры неизбежно приводит к деэтизации профессионального сознания и деятельности врача. Деформируется не только клиническое мышление, но и моральные устои, что ярко проявляется во взаимоотношениях врача и больного.

Выделяют пять основных взаимоотношений врач-пациент.

1. Инженерная модель – болезнь определяется как «поломка» механизма и врач рассматривается как инженер, ремонтирующий эту машину. За фейерверком технических достижений исчез самый главный объект медицины – страдающий человек. Доктору некогда, он молча оценивает анализы и назначает лечение анализов.

Образное отношение к инженерной модели врачевания находим у Антуан де Сент – Экзюпери: «Я верю, настанет день, когда неизвестно чем больной отдастся в руки физиков. Не спрашивая его не о чем, эти физики возьмут у него кровь, выведут какие-то постоянные, перемножат их одну на другую. Затем, сверившись с таблицей логарифмов, они вылечат больного одной единственной пилюлей. И все-таки, случись мне заболеть, я обращусь к старому сельскому врачу. Он взглянет на меня уголком глаз, пощупает пульс и живот, выслушает мои легкие, затем кашляет, почешет бороду и улыбнется мне, чтобы лучше утолить мою боль. Разумеется, я восхищаюсь наукой, но я восхищаюсь и мудростью».

2. Патерналистская модель – отеческая забота врача о больном. Пациент вверяет себя врачу и врач сам решает как его обследовать и какое назначить лечение. Эта модель требует от врача высочайших моральных качеств, в противном случае существует опасность пред-

почтения врачом своих личных и корпоративных интересов интересам больного.

3. Коллегиальная модель (модель информированного согласия). Врач, информируя больного о его болезни, получает от него согласие на вмешательство. Считается, что в этом случае врач и больной выступают как равноправные личности (коллеги), но это ошибочное мнение. Часто этнические, социальные и экономические различия препятствуют достижению взаимопонимания. В этом случае огромную роль играют морально-нравственные качества врача.

4. Контрактная модель. Врач является поставщиком медицинских услуг, пациент – клиентом, покупающим эти услуги. Все действия врача жестко регламентированы. Однако, больной человек относительно редко бывает в состоянии вести переговоры о надлежащем курсе лечения подобно тому, как он ведет переговоры о коммерческом контракте. Болезнь снижает объективное восприятие ситуаций. Врач имеет возможность расторгнуть контракт в одностороннем порядке.

5. Договорная модель. Заключается двусторонний договор между врачом и пациентом, который не может быть расторгнут в одностороннем порядке. Такая модель подразумевает как моральную чистоплотность врача так и пациента.

В первых двух моделях взаимоотношений врач руководствуется социальными установками объектного типа по отношению к пациенту, что создает риск деформации морально-нравственных норм и деэтизации врачебной деятельности.

В моделях, основанных на информированном согласии или контрактно-договорных взаимодействиях преобладает субъектный тип отношения врач-пациент. Но как ввести в преискурант цен на медицинские услуги милосердие, сострадание, человеколюбие? Поэтому при всех существующих моделях взаимоотношения врач – пациент имеется риск объектного отношения к больному из-за деэтизации и дегуманизации профессионального сознания. В чем это проявляется?

1. Врач не осознает себя и своего пациента духовной личностью, что обедняет внутренний мир и саморефлексию.

2. Врач видит в больном вещь, совокупность анализов объект приложения профессиональных знаний, навыков и умений.
3. Деформируется клиническое мышление доктора, инспирируется узколобый фельдшеризм, психологизм, биологизм.
4. Нивелируется психотерапевтическое воздействие на больного.
5. В сознании врача клиническая картина больного сужается до клинической картины болезни. Происходит лечение болезни, а не больного.
6. Возникает иллюзия всезнания и достаточности для эффективного врачевания только объективных естественнонаучных данных, игнорируется духовное обогащение лучшими традициями христианской медицины.
7. Происходит отказ от традиционной медицины в пользу аккультных, псевдодуховных, парапсихологических, а подчас откровенно сатанинских учений и методов врачевания.

Как избежать объектного отношения к больному?

«Сила врача – в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытностью; важнейшая основа лекарств – любовь» учил Парацельс. Быть настоящим врачом – значит уметь любить больного. Как сформировать это умение и можно ли ему научить?

Умение любить больного, быть к нему справедливым

1) может быть дано человеку от природы

2) может быть задано долгом

Рассмотрим эти две позиции.

О естественном человеколюбии повествует евангельская притча о самарянине. Согласно этой притче, израненному человеку не пришли на помощь ни проходящий мимо священник, ни левит. Самарянин же сжалился, перевязал ему раны, позаботился о нем. По мнению американского профессора В. Мак-Дермота «врач – это самарянин, человек, готовый всегда помочь другому в несчастье».

Образ самарянина напоминает о том принципиальном отличии в отношении к страдающим больным людям, которым непременно должен обладать врач – профессионал. Каково же оно? Во-первых,

врач независим от своих политических, национальных и других пристрастий. Самарянин помог иудею, хотя мог сказать, зачем помогать тем кто нас презирает? Но в страждущем он увидел не чужого или противника, а прежде всего человека. Во–вторых, врач должен быть готов оказать медицинскую помощь в различных обстоятельствах. Самарянин не только в сердце своем пожалел и посочувствовал человеку, но немедленно приступил к реальному делу – перевязал раны. В–третьих, в своем отношении к больному врач должен быть готов к самоотверженности, отказу от удобств ради помощи больному. Самарянин посадил раненого на своего осла, а сам пошел пешком. В–четвертых, врач должен бороться за жизнь человека до конца. Самарянин не ограничился одномоментной помощью, а позаботился о человеке до его выздоровления.

«Самаритянство» символизирует природную, естественную склонность и способность человека к помощи другому человеку.

Если человеколюбие не дано студенту от природы, то оно должно быть задано долгом, т.е. сформировано воспитанием, обучением, образованием, опытом профессиональной работы. «Воспитание должно быть направлено на то, чтобы не только передавать знания, но оттачивать совесть так, чтобы человеку хватило чуткости расслышать требования, содержащиеся в каждой отдельной ситуации» - писал австрийский психолог Виктор Франкл.

Совесть – одно из проявлений нравственного самосознания, голос внутреннего «я», помогающий различать добро и зло, чувствовать и осознавать всю ответственность за себя и за других.

Совесть, правда и справедливость лежат в основе чувства сострадания. Воспитать в душе студента чувство сострадания – означает не только убереечь будущего врача от «духовной анестезии», «эмоционального выгорания», но и научить его эмпатии, сопереживанию, сочувствию нуждам и внутреннему состоянию пациента, глубокому пониманию внутренней картины болезни.

Самое главное в духовно-нравственном воспитании студентов-медиков – привить такие ценностные ориентации и личностные смыслы, благодаря которым в своей жизни, и практике они руково-

дествовались бы принципами совести и сострадания, выполняя «золотое правило» христианской этики в приложении к врачеванию: относись к больному так, как хотелось бы, чтобы в аналогичной ситуации относились к тебе.

СЕСТРИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ В ОНКОЛОГИИ

Шитикова А.М., Ипатова Е.С.

ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер»,
АРОО «Ассоциация медицинских работников Архангельской области»

Среди разнообразных направлений медицинской науки онкология занимает несколько обособленное положение. Используя все современные достижения мировой науки, онкологи применяют такие, нигде больше не встречающиеся методы лечения, как лучевая терапия, химиотерапия совершенно особыми препаратами – цитостатиками, операции часто носят калечащий характер. Да и в психологическом аспекте диагноз «рак» вызывает страх, ощущение фатальной катастрофы. Все это заставляет по иному, чем в других клиниках, подходить к общению с пациентами, стараясь максимально помочь им в адаптации к онкологическому заболеванию.

Взаимоотношения медицинского работника и пациента в век научно-технического прогресса опосредуются техникой, приборы нередко заслоняют личность больного с его сложным миром переживаний. В связи с этим особенно возрастает роль этического воспитания.

Врач и медицинская сестра должны быть, прежде всего, высоконравственной личностью. А нравственные начала развиваются через общую культуру, образование и воспитание в конкретных условиях жизни; становление ее осуществляется через выработку в себе правильного восприятия действительности и адекватного на нее реагирования.

Слагающими нравственности врача и медицинской сестры являются: во-первых, человечность как проявление высшего достоинства; во-вторых, душевность, доброта, милосердие как основные слагаемые человечности, как внутренняя основа обязательности; в-третьих, отзывчивость и способность к состраданию как главный побудительный мотив деятельности, как ведущий стимул помощи человеку, попавшему в беду; в-четвертых, совесть как безупречный арбитр помыслов и поступков человека вообще и медицинского работника в том числе; в-пятых, поведение врача и медицинской сестры в любых обстоятельствах должно быть благовоспитанным и отличаться хорошими манерами, всегда и везде должны вести себя с достоинством, что определяется высокой культурой и интеллигентностью.

Онкологические пациенты – это особая категория людей, которые испытывают не только физические, но и психологические страдания. В связи с этим хотелось бы привести слова американской медсестры Вирджинии Хендерсон, написавшей в 50-е годы об основополагающих принципах ухода за такими пациентами.

Вирджиния Хендерсон утверждает, что в основе ухода лежит концепция человека, согласно которой «...Тело и душа человека взаимосвязаны и неотделимы друг от друга... Психологический недуг оказывает влияние на тело, а недуг телесный – на душу... Невозможно выхаживать тело, не выхаживая одновременно и душу... Человек стремится к независимости, как можно дольше он стремится обойтись без посторонней помощи и как можно скорее вернуть себе эту способность».

Важными факторами работы медицинской сестры онкологического диспансера являются искусство ухода, душевное обаяние в сочетании с человеческой заботой о пациенте, со всеми его индивидуальными особенностями. Стоит всегда помнить о той стороне сестринской работы, которая «создаётся не только человеческими руками, но и ещё чем-то, что бьёт из источника, скрытого у нас в душе». Без этого работа даже в сочетании с интенсивной научной деятельностью превращается в служение личным жизненным потребностям, что далеко от подлинной науки и настоящего врачевания и се-

стринского ухода. В работе персонала незыблемым правилом должна быть человеческая мудрость: думай всегда о том, что ты или близкий тебе человек находится на месте пациента. Все должно быть подчинено одной задаче — обеспечению наилучшего лечения пациента, для этого требуются опыт, глубокие познания, ориентировка в специальной литературе, талант. Можно быть широко образованным специалистом, знать современные научно-медицинские взгляды, но оказаться беспомощным у постели больного.

В своей работе медицинские сестры должны всегда уважать права и достоинства пациента. Работа медицинских сестер должна проводиться в соответствии с Кодексом поведения медицинских сестер, принятым Международным советом медицинских сестер, а также с Этическим Кодексом медицинских сестер России. Из трех возможных категорий сестринского вмешательства: зависимого, независимого и взаимозависимого, для онкологии особенно важен момент независимого вмешательства. Умение грамотно и тактично ознакомить пациента с нужной информацией, чтобы не вызвать депрессию или ухудшение состояния у больного, при этом не лишив его надежды на успех лечения. В онкологии очень важна совместная работа врачей и медсестер, это помогает улучшить качество жизни пациентов, психологическое состояние больных и их родственников. Преодоление депрессии и активная позиция пациента в борьбе с болезнью оказывают положительное влияние на весь лечебный процесс.

Вместе с тем искусство задушевного общения с пациентом в отрыве от специальных знаний и медицинских навыков превращается в низкопробное ремесленничество.

Мудрость медицинской сестры не только в особых отношениях с пациентом, его близкими, она в специфической интуиции. Это чувство, рожденное своим опытом и опытом предшествующих поколений. Наконец, это способность особого мышления, с которым не сравнится ни один компьютер.

Флоренс Найтингейл писала: «Сестра должна иметь тройкую квалификацию: научную - для понимания болезни, сердечную – для понимания больных и техническую – для ухода за больными».

При обследовании пациента необходимо соблюдать психотерапевтический подход во избежание ятрогении. Надо помнить, что больной учитывает не только слова, но и жесты, мимику персонала. От персонала онкологических отделений требуется соблюдение врачебной тайны и установление правильных взаимоотношений с пациентом и его родственниками, которые оказывают влияние на больного и могут помогать работе. Влияние врача и медицинской сестры начинается с первой встречи, с обследования и расспроса пациента. При этом надо быть всегда терпеливым, не жалеть времени на установление контакта с пациентом, на выработку доверия. При обследовании надо проявлять серьезное внимание к тому, что и как пациент рассказывает о себе, вникать в сущность его переживаний, выявлять индивидуальные особенности личности больного, обращать внимание на психику и духовную сферу. У онкологического больного нередко бывают такие состояния, при которых чуткое и внимательное отношение персонала может значительно повлиять на течение заболевания.

Психотерапевтический подход улучшает состояние пациента: онколог, обследовав, должен обоснованно рассеять мрачные мысли. Если пациент уходит неуспокоенным, это значит, что не сделано всего необходимого для воздействия на его психику. Нередко поводом к ятрогенным расстройствам является неправильное толкование рентгенограммы, компьютерной томографии.

Медицинская сестра обязана осторожно и при этом правдиво, с соблюдением правил психотерапии, сообщать больному о предстоящих ему трудностях, а иногда и опасных медицинских вмешательствах. Осторожным надо быть всегда, особенно если речь идет о III—IV стадиях заболевания. Следует учесть, что пациент внимательно наблюдает за персоналом, оценивает те симптомы, которые обнаруживают у него, отношение и реакцию на них врача и медицинской сестры, поэтому при исследовании надо быть крайне предусмотрительным, поскольку больной впитывает как губка все услышанное о своем заболевании и состоянии.

Никогда не следует вести разговор о пациенте в его присутствии, если это касается каких-либо сторон болезни, о которых не нужно знать больному. Иногда к ятрогении могут привести мнения различных медицинских работников о заболевании.

Персонал должен добиться доверия у пациента и создать такие взаимоотношения с ним, которые исключали бы возможность отрицательной реакции пациента по отношению к персоналу. Профессия медицинской сестры обязывает быть приветливой, радушной, внимательной, гуманной и всегда готовой к всемерной помощи больному.

Большая ответственность медицинского персонала за предупреждение и лечение болезней обуславливает необходимость всегда быть на уровне современного развития онкологии, постоянно быть готовым помочь больному. Не случайно онкология подчас больше, чем другие области медицины, ставит перед медицинскими работниками этические проблемы.

Решение вопроса о том, в какой мере следует информировать больного, во многом зависит от его характера и поведения. Некоторые пациенты не хотят знать правду о своей болезни, у других онкологический диагноз вызывает гнев и возмущение, а кто-то впадает в депрессию.

Еще одна проблема, с которой сталкиваются медицинские работники и которая связана с сообщением диагноза. После беседы с пациентом, когда вы ответили на все вопросы о диагнозе, прогнозе и предстоящем лечении и, как вам показалось, пациент все понял и даже сам повторил полученную информацию, через некоторое время пациент может вновь задать эти же вопросы, как будто не было никакой беседы. Это происходит из-за реакции вытеснения, пациент перестаёт воспринимать информацию о тяжести своего состояния. В этом случае остаётся набраться терпения и начать все заново.

Встречаясь с пациентом, нужно внести в общение элемент оптимизма. Чтобы внушить доверие и оптимизм, медицинская сестра

должна быть сильной нравственно. Сила её в профессиональной уверенности и оптимизме. Конечно, профессиональная уверенность вырабатывается не сразу, ибо в основе ее лежит непоколебимое убеждение в могуществе современной онкологии, в неисчерпаемых возможностях эффективного применения ее достижений.

Суметь вселить веру в жизнь даже тяжелобольному - очень важно! От спокойной уверенной интонации, неторопливости и обстоятельности, от доброй улыбки у больного становится мирно и спокойно на душе. Медицинская сестра проводит с больным столько времени, сколько нужно, и сил и внимания отдает столько, словно у неё один больной и торопиться ей больше некуда. Нередко медицинской сестре нужно доказывать, и прежде всего самой себе, что ты — медицинская сестра и во имя спасения человека имеешь право порой идти не по проторенной дороге, а действовать, положившись на свои знания, совесть, интуицию, находить наиболее правильное решение, настоять на своем. Настоять и спасти жизнь человека.

Чрезвычайно важно для медицинской сестры, работающей в онкологическом стационаре, является умение разделить личное и профессиональное пространства и адекватно распределить свои профессиональные обязанности и ответственность.

Работая с онкологическими пациентами, врачи и медицинские сестры должны всегда стремиться к уменьшению влияния болезни на все аспекты жизни человека (физические, психические и социальные). Для пациента ощущение комфорта – превыше всего. В представлении человека, прикованного к постели и непосвященного в тайны сестринского процесса, медсестра – это та, кто ухаживает за пациентом, прислушивается к его нуждам, содействует своевременной выписки из больницы. Это – искусство ухода, определяющим которого является эстетическое и этическое воспитание.

Необходимо всегда помнить об обязанностях медицинских работников, записанных в Международном Кодексе Медицинской Этики: «Применяя лечение, которое может вызвать ухудшение физиче-

ского или психического состояния больного, врач и медицинская сестра должны действовать исключительно в интересах больного!»

РЕБЕНОК И КОМПЬЮТЕР: СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Якушева Е.Е., Якушев И.Б.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»
Архангельск; ГБУЗ СГДКБ, г. Северодвинск; ГБУЗ Северодвинская
городская больница №2, г. Северодвинск

«Дети должны быть видны, но не слышны», - говорит английская пословица. Это понятно: родителям важно знать, чем заняты их чада, при том, что те не должны мешать родителям заниматься своими делами. Казалось бы, что сегодня компьютер является отличным подспорьем в реализации этой концепции. Этот аппарат может стать отличной няней, занимающей, развлекающей, обучающей и т. п. Но что происходит на деле?

В реальности получается, что ребенок значительную часть дня проводит, действительно, почти все время на глазах у родителей, не занимаясь (вроде бы) ничем предосудительным, не безобразничает, не рвет штаны и не пачкает одежду, так как почти не бывает на улице, которая, как известна «полна неожиданностей», причем сегодня, как правило, неприятных. Тихое занятие, притворяющееся интеллектуальным времяпрепровождением, позволяет родителям обманывать самим – себя. Как правило, они считают, что ребенок должен «осваивать компьютер», столь важный в современной жизни агрегат, и с этим обстоятельством не поспоришь. Но процесс освоения компьютерной грамотности протекает, как правило, совершенно бесконтрольно, в результате чего ребенок сам распоряжается этим аппаратом, в чем родители опять-таки часто не видят ничего дурного. И речь даже не о том, что все эти занятия сказываются на зрении и осанке (об этом уже много раз говорилось, повторяться не стоит, да я и не офтальмолог и не ортопед); но они влияют на социальное и пси-

хологическое развитие ребенка, в итоге часто предпочитающего виртуальное общение в социальных сетях – общению живому. Часто ведь бывает так, что ребенок, имеющий едва ли не сотни «друзей» в социальной сети, просто не умеет общаться вне виртуальной реальности. Приятельство в социальном сообществе удобно тем, что оно безопасно: его можно в любой момент отключить, и это обстоятельство в перспективе ведет к профанации понятия *дружбы*. Собеседник в сети – часто не более чем аватар с прикольным ником. Такое общение формирует оранжерейную ситуацию, при которой ребенок оказывается не готов к реальному общению, далеко не всегда являющемуся приятным. Настоящая жизнь неизбежно ранит и тревожит подростка, привыкшего к спокойному водоему социальной сети. Теперь ему уже трудно жить в естественной среде, куда попадает множество вредных веществ и существ. И он стремится уплыть из этой клоаки в безопасный аквариум с искусственной водой, обогащенной кислородом, где корм падает с небес и уже даже не важно, откуда он берется, что начинает формировать жизненную позицию будущего вечного инфантила. В результате ребенок (подросток) устойчиво предпочитает общение именно в сети, ведя безопасные диалоги – до боли в пальцах, стертых о клавиатуру. Виртуальное общение чревато потенцией социального одиночества. Чем более интенсивно человек общается с безликим интернет-сообществом, тем меньше у него остается времени на реальные диалоги. Вырастая, такой ребенок часто не понимает тех иносказаний, околичностей и недомолвок, которые приняты среди людей, знакомых с эмпатией, уходит от ответственности за принятие решений: компьютер приучил его к тому, что любой контакт можно прервать простым нажатием кнопки, не отвечая за свои слова: в мире Интернета они стоят недорого; не совершая поступков: в виртуальном мире им нет места...

Бывает иная ситуация, когда интернет-сообщество принимается за троллинг конкретного персонажа. Подросток уже не может обойтись без компьютера, он, что называется, «подсел». Но в сети он постоянно натывается на красные флажки издевательств, третирования и травли. И здесь – все более частая причина тех детских депрессий,

которые уже стали толчком для немалого количества суицидальных попыток.

Еще одна опасность состоит в том, что в мире компьютерной информации ребенок практически всегда выбирает не то, что нужно и важно, а то, что привлекательно: соблазн всегда ярок. И этой броскостью чаще всего обладают вовсе не образовательные программы. Но родители остаются спокойными: дитя не шастает по улицам, не прогуливает школу и даже не курит. И их не заботит то, что у их ребенка формируется социальный дефект: упущенные в детстве возможности почти необратимы, о чем говорит опыт детей-Маугли, которые не могут вернуться к людям, если прожили среди животных критически важный срок. Но – подросток, сидящий у компьютера, виден и при этом неслышен, можно заниматься своими делами.

Известный афоризм говорит: «Ребенка обучает правильной жизни полоска света под дверью в кабинет отца». Но сегодня этот свет все чаще горит оттого, что папа занят ноутбуком – такими же играми, блужданием-томлением в социальных сетях-силках... Инфантильное поколение, уже и миновав пубертатный возраст, продолжает игру в компьютерные бирюльки. Эта генерация не может дать альтернативы досуга и развития собственным детям, ибо сама не знает чем бы ей заняться вечером. Вернее, даже не задает себе вопроса: ясно же чем! Такие родители не смогут дать ребенку объяснений смысла бытия, так как сами чаще всего не понимают его и не задумываются над ним: «День за день, нынче, как вчера...» Между тем, великий швейцарский психиатр и философ К.Г. Юнг считал отца – средоточием всех свойств и ценностей, «информирующим духом», воплощающим духовный принцип, являющимся «олицетворенным двойником Бога». Взаимоотношения с матерью Юнг называл «абсолютным опытом рода человеческого, органической истиной». Ответственность родителей велика. Но сегодня «информирующий дух» и «абсолютный опыт человечества» почти самоустранились из процесса, делегировав свои функции, определяющие психическую жизнь ребенка и его будущую судьбу – машинке, подключенной к Бездне, в которой часто нельзя сразу понять «что такое хорошо, и что такое плохо».

Ребенок должен получать объяснения феноменов окружающего мира. Он и сам задает эти вопросы, sacramентальные и бесконечные «почему?» Когда, подрастая, он заменяет слово «почему?» на слово «зачем?», можно считать, что объяснения закончились – теперь можно лишь комментировать происходящее. И от того, каковы будут эти родительские комментарии, зависит – какие слова подросток будет ставить *после* этого слова, что он захочет узнать, что будет интересовать его более всего. «Почему?» - это вопрос о феномене, о явлении, о содержании; «зачем?» («во имя чего?») - это вопрос о смысле. «Психоневроз должен быть, в конце концов, понят как страдание души, не нашедшей своего смысла», - говорил Юнг, и эта фраза раскрывает потенции проблемы душевного вакуума, исподволь возникающего в психике современной генерации. Отсутствие смысла почти неизбежно формирует психическое расстройство у людей, не задумавшихся над тем «во имя чего», «ради чего» они живут. Достижение благосостояния – это вовсе не стратегия постижения духовного смысла, а всего лишь тактика устройства телесного комфорта. И рано или поздно этот вакуум даст о себе знать – неврозами, депрессиями и даже психозами. Но если на вопросы «почему?» ребенку отвечал не отец, а компьютер, то и комментарии («комменты») к слову «зачем?» чадо теперь будет искать только в нем. Родители в такой системе становятся ненужными (как, впрочем, и остальные люди). Связь между поколениями даже не рвется, так как она и не возникала, оставаясь номинальной и формальной. В очередной раз «Время вывихнуло сустав», - как устами Гамлета сформулировал Шекспир. Если родители с ранних лет оказались ребенку неинтересными, трудно предположить, что спустя 30 лет этот интерес вдруг откуда-ни-возьмись появится...

Компьютер балует ребенка, но при этом не дает ему эмоциональных радостей (и печалей, которые тоже являются неотъемлемым и очень важным аккомпанементом бытия: ребенок должен непременно пожалеть Муму – если вдруг этого не произошло, то понятно, что здесь уже кроется проблема) общения с живым человеком. Кроме того, любая личность созревает, лишь проходя через усилие, совершаемое над собой. Если такого усилия нет, то инфантилизм может стать

пожизненной психологической характеристикой, а маленькая собачка до старости останется щенком. Компьютер превращается в памперс для мозгов (английское слово «nappier» переводится как «нежить, потакать, баловать»). Сегодня хорошо известно о проблемах детей, долго носивших памперсы, так как их мамам было удобнее именно таким образом соблюдать «комфорт и сухость»: потенциальные проблемы мочеполового тракта, замедленное усвоение гигиенических навыков и проч. Зато снаружи ребенок был опрятен, давая маме возможность *лишний* раз выйти в чат (слово «лишний» здесь имеет буквальный смысл; кстати сказать, *chit-chat* по-английски – «пустая болтовня»).

И лишь спустя некоторое время проблемы оказываются настолько очевидными, что возникают вопросы о психологическом (или даже психиатрическом) консультировании подростка. Его отгороженность от социума, неумение общаться с людьми, тревога, возникающая всякий раз, когда следует принять самостоятельное решение, инфантилизм оранжерейного ребенка, не успевшего узнать, что мир вовсе не виртуальное пространство, оказываются гораздо более серьезной проблемой, чем порванные джинсы. У подростка исподволь формируется восприятие мира, как враждебного, негативно настроенного по отношению к нему, опасного и неприятного. И это формирует депрессивные состояния, социальную беспомощность, робость, чувство безысходности, кризис аутентичности...

В компьютере таится еще и та опасность, что, увлекаясь им, ребенок привыкает *играть*, оценивая жизнь именно с позиций вечной и неизменной игры. Многие обучающие программы построены по игровому принципу, почти незаметно переводя акцент со слова «обучающая» на слово «игра». И от этого процесса совсем недалеко до формирования концепции облегченного отношения к жизни. Каждый эпизод биографии в таком случае неосознанно воспринимается ребенком – как очередная сессия игры, которую, ежели что, можно будет перезапустить, кликнув на нужную клавишу или нажав **Esc**. Более того, компьютерные игры очень часто (все чаще) становятся входом в тот лабиринт, из которого трудно бывает найти выход – даже с помощью врача. Лудомания – трудно преодолеваемая игровая зависи-

мость, при которой удовольствия уже не приносит и сама игра. Важнее становится ритуал, тревожное ожидание неудачи (выигрыши случаются реже – это простая статистика). И ожидание неудачи формирует психику лузера, который может притворяться успешным только наедине с самим собой – в социальных сетях и т. п. Но, между прочим, первую компьютерную игру в дом приносят родители – это социологический факт.

Многие вещи еще не произошли, многое еще можно исправить. Но для этого надо менять концепцию отношения родителей к компьютеру. Машинка не может быть членом семьи, и она не должна отбирать психологические функции родителей: ей не справиться с этой ролью. Для того чтобы компьютер не подменял родительские функции, нужно, скорее всего, быть интересным своему ребенку и попытаться сохранить этот интерес к себе как можно дольше. Вначале это довольно просто: любой взрослый знает и умеет больше. А когда вопросы становятся все более сложными, родителю стоит попытаться, преодолевая трудности, применять усилия и для собственного развития, чтобы соответствовать прогрессу ребенка и попробовать уберечь интерес к себе. Тогда вспомогательные вопросы «почему?» будут обращаться уже к компьютеру, дающему исчерпывающий справочный материал по любой теме, но основные вопросы «зачем?» («ради чего?») - будут адресоваться тому человеку, который является авторитетом, при том, что точки зрения могут и не совпадать: но ведь важно, чтобы тебя услышали, а не скопировали.

ими богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять
точно, соответственно моим силам и моему разумению,

Клятва Гиппократа

Клянусь Аполлоном врачом, Асклепием, Гигией, Панакеей
и всеми богами и богинями, беря их в свидетели, исполнять
честно, соответственно моим силам и моему разумению,
следующую присягу письменное обязательство: считать
научившего меня врачебному искусству наравне с моими
родителями, делиться с ним своими достоинствами и в слу-
чае надобности помогать ему в его нуждах; его потомство
считать своими братьями, и это искусство, если они захо-
тят его изучать, преподавать им безвозмездно и безо всяко-
го договора; наставления, устные уроки и все остальное в
учении сообщать своим сыновьям, сыновьям своего учителя
и ученикам, связанным обстоятельством и клятвой по зако-
ну медицинскому, но никому другому. Я направлю режим
больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим
разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда
и несправедливости. Я не дам никому просимого от меня
смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла;
точно также вручу ни какой женщине абортивного пессария.
Чисто и непорочно буду проводить я свою жизнь и свое искусство.
Я в никоём случае не буду делать сечения у страдающих
каменной болезнью, предоставив это людям, занимающимся
этим делом. В какой бы дом я не вошел, я войду для пользы
больного, будучи далек от всего намеренного, несправед-
ливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами
и мужчинами, свободными и рабами. Чтобы при лечении - а
также и без лечения - я ни увидел и ни услышал касательно
жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать,
я умолчу о том, считая подобные вещи тайной. Мне, нерушимо
выполняющему клятву, да и будет дано счастье в жизни и в
искусстве и слава у всех людей на вечные времена; преступа-
ющему и дающему ложную клятву да будет обратное этому.

Мне, нерушимо выполняющему клятву, да и будет дано
счастье в жизни и в искусстве и слава у всех людей на вечные