

**Низкая культура общения, цинизм, халатность и эмоциональное выгорание врачей, пренебрежение этическими и деонтологическими основами врачебного искусства, рост ятрогенных заболеваний у пациентов и их родственников – вот яркие симптомы дегуманизации современной медицины. Эта отрицательная тенденция принимает всё более угрожающий для общества характер. Причём не только в России, но и за рубежом. Как это пытаются преодолеть в западном медицинском образовании? Как этому противостоять нам?**

### Что там, за бугром?

Начнём с того, что в отдельных медицинских вузах США и Великобритании уже с XIX века читались систематизированные курсы этики. Они знакомили студентов со специальными кодексами чести, правилами этикета, нормами поведения, продиктованными католической и протестантской моралью. Постепенно лекции стали ориентировать слушателей не только на общие правила приличия и хорошего тона, но и на нормы поведения в контексте профессиональных обязанностей. Это явилось прообразом научной биоэтической этики.

Однако политические и социальные изменения в обществе – секуляризация, размывание христианских моральных устоев, удорожание платы за обучение и за проведение научных исследований – в целом негативно сказались на высшем медицинском образовании. Интересы корпораций, финансирующих исследовательские программы, часто противоречили законодательным и нравственным нормам. Это побуждало будущих врачей, особенно занимающихся научной работой, поступаться своими принципами, приспосабливаться к отрицательным сторонам жизни коллективов и ограничивать свободу самовыражения.

Дальнейшая капитализация образования привела к тому, что повсюду стала превалировать прикладная направленность исследований. Разработки в области гуманитарных наук (в частности этики) оказались делом неприбыльным. Меркантилизм и прагматизм в образовании почти полностью вытеснили медико-деонтологическую проблематику. Живые истины о человеке абстрагировались и облеклись в нарочито сухие, академические формулировки. Вплоть до середины XX столетия в американских университетах воспитание морально-этических ценностей, по сравнению с развитием интеллекта, отошло на второй план. Считалось, что само по себе наличие в программе обучения гуманитарных дисциплин и высокие моральные черты преподавателей вполне заменяют специальное этическое-деонтологическое воспитание.

Известный зарубежный учёный Норман Казинс в своей книге «Анатомия болезни с точки зрения пациента» пишет, что многие гуманитарные знания очень быстро забываются и утрачивают свою ценность, когда молодые специалисты по окончании вуза начинают самостоятельную практику. С получением диплома их нравственный рост приостанавливается. Отчасти это объясняется слабым воздействием гуманитарных дисциплин на будущую профессию, малой эффективностью обучения и его отрывом от практики. «В своих поступках люди чаще руководствуются правилами «ситуационной этики», в которой человеческие добродетели нередко оказываются оттеснёнными на задний план».

Нарастающая деэтизация профессионального сознания врачей вынудила к серьёзным изменениям в преподавании медицинской этики. В 1969 г. американский

биолог В.Поттер ввёл в употребление новые термины «биоэтика» и «биоэтика». Первый был предназначен для отделения традиционных взглядов на этические проблемы от подходов, привнесённых в биологию и медицину научно-технической революцией. Второй проецировал все эти воззрения непосредственно на медицинскую теорию и практику.

### Это диктует сама жизнь

Вплоть до начала 1980-х годов курсы профессиональной этики читались лишь в 40% американ-

грамотное исполнение профессиональных обязанностей. Первое требует воспитания, второе – обучения.

Весьма показательны содержание базового курса по биоэтике в высшей медицинской школе Великобритании. В него включены такие разделы, как моральная аргументация, медицинская этика и информированное согласие; информированное согласие и дискуссия о «праве умереть»; моральное и правовое значение сообщения пациентам правды, конфиденциальность и хорошая клиническая практика, этика медицинского исследования, медицина и права

относиться к больному как к объекту приложения профессиональных знаний, умений и навыков. В свою очередь деформированная культура межличностных контактов искажает смысл врачевания. С этим, конечно же, надо бороться.

Социальные установки составляют стержень моделей отношения врач – пациент. Американский исследователь Роберт Вич описал четыре таких модели: техническую, патерналистскую (сакральную), коллегиальную и контрактную. Впоследствии к ним добавилась пятая (договорная), предложенная им же и развитая Уильямом Меем.

перед пациентом вне установленного контракта. Все действия врача жёстко регламентированы. Он является поставщиком медицинских услуг, а пациент – клиентом, покупающим эти услуги. Однако в понятие «контракт» не вкладывается юридический смысл. Скорее это символ – некое соглашение, традиционный обет, подразумевающий соблюдение принципов свободы, достоинства, честности, справедливости... По мысли Р.Вича, такая модель позволяет избежать крайностей: отказа от морали со стороны врача (в технической модели), ущемления моральных прав пациента (в патерналистской модели),

### Этика и деонтология

# Не думай

# О пациентах свысока...

Насколько гуманна современная медицина: подходы в Западной Европе и США

ских вузов. В дальнейшем сама жизнь вынудила администрации высших медицинских школ Западной Европы и США открывать самостоятельные кафедры биоэтической этики, на базе которых в настоящее время и развивается эта дисциплина.

По мнению американского учёного Д.Бока, необходимость подобных образовательных программ, акцентирующих внимание на нравственном воспитании, личностных качествах и культуре поведения специалистов, диктует сама жизнь. Не секрет, что увещания и голословные призывы к добродетели, даже подкреплённые дисциплинарными мерами, сами по себе только отталкивают. Человека нельзя заставить быть добродетельным и поступать этически. Можно лишь собственным примером, достойным подражания, пробудить в нём это желание. «Ничто так не порождает цинизм, особенно среди студентов, изучающих профессиональную этику, как понимание того, что люди, пытающиеся прививать им эти знания, очень мало заботятся о том, чтобы следовать нравственным принципам в своей собственной жизни».

С точки зрения Д.Бока, начинать нравственное воспитание нужно раньше, чем студент овладеет профессиональными знаниями и получит определённую власть над другими людьми. В противном случае возникает серьёзный соблазн безответственно и корыстно использовать свои новые возможности. Учёный предлагает реформировать систему нравственного воспитания так, чтобы «востребовать человеческие добродетели», но не в ущерб профессиональным знаниям, навыкам и умениям.

Рекомендации Д.Бока таковы: вводить курсы профессиональной этики в колледжах и профессиональных школах; обсуждать правила поведения со студентами и контролировать их выполнение; создать сильную программу социальной службы; опираться на примеры высоких нравственных норм в решении вузовских проблем; внимательно относиться к многочисленным сложным ситуациям, формирующим жизненный опыт студентов, и стараться сделать его положительным.

Из тезисов Д.Бока, положенных в основу программы нравственного воспитания студентов, вытекают, что честность, милосердие, совесть, ответственность за порученное дело – не менее ценные качества личности, чем



детей, проблема распределения ресурсов в медицине, моральная ответственность пациентов за своё собственное здоровье, биоэтическая этика и медицинское образование и т.д.

Кроме того, реально осуществляется «профилактика» возможных медико-деонтологических казусов, что сводит риск их возникновения к минимуму. Например, в США после истечения 10 лет работы по специальности реаниматолог, какой бы высокой квалификации он ни достиг, должен перестать заниматься своим делом. Ему предоставляется право перепрофилироваться. Такую суровую, но вынужденную меру ввели потому, что очерствение, синдром эмоционального выгорания с годами резко возрастают, препятствуя грамотному и добросовестному исполнению прямых обязанностей. Врачи «срываются» на больных, угрожают им, даже намеренно мстят. И никакая психотерапия, «комнаты разгрузки», отдых на природе, социальные методы снятия напряжения и стресса здесь не срабатывают. Замечу: всё это, несмотря на то, что американские реаниматологи работают в неизмеримо более комфортных условиях и получают гораздо больше денег, чем их российские коллеги.

### Пациент – объект моей работы?

Все зарубежные специалисты прекрасно понимают, что деэтизация и дегуманизация профессионального сознания и деятельности формируют у врача негативные социальные установки по отношению к пациенту. Эти установки отражают общую ориентацию, предрасполагающую

а также зачастую обманчивого и неконтролируемого равенства (в модели коллегиального типа). Отношения с врачом на основе контракта оставляют за пациентом право на выбор и управление своей жизнью и судьбой. Такая модель менее формальна и более человечна. Она подразумевает моральную чистоту и пациента, и врача.

Совершенно очевидно, что в технической и патерналистской моделях врачебное сознание и деятельность деэтицированы, а морально-нравственные нормы деформированы. А в коллегиальной, контрактной и особенно договорной моделях преобладает субъективный тип отношений врач – пациент, что делает их более предпочтительными.

По мысли видного австрийского психолога и психотерапевта Виктора Франкла, надо стремиться сквозь клинический случай разглядеть человека. Экзистенциальный анализ распространяется на пациента во всей его целостности, которая имеет не только психофизический, но и духовно-личностный характер. «Лишь ради человеческого в больном, которое скрывается за всем этим, и ради духовного в человеке, которое возвышается над всем этим, стоит быть врачом».

Итак, важность духовно-нравственной компетентности медицинских работников переоценить трудно. Любая биоэтическая ситуация, любая психологическая трудность в общении с пациентом, любая профессиональная задача, стоящая перед врачом, требует знания и понимания духовно-нравственного состояния человека. Это одна из важнейших составляющих врачебного профессионализма и в мировоззренческом, и в педагогическом, и в психологическом планах. Очень жаль, что в этическом воспитании будущих и практикующих специалистов мы отстаём от наших зарубежных коллег. Что же мешает наверстать упущенное?

**Константин ЗОРИН,**  
доцент кафедры педагогики  
и психологии Московского  
государственного медико-  
стоматологического университета  
им. А.И.Евдокимова,  
кандидат медицинских наук.

**НА СНИМКЕ:** в наших медицинских вузах было бы полезно внедрить опыт этического воспитания будущих специалистов.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.