

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФИЛОСОФИИ И ПОЛИТОЛОГИИ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И КОММУНИКАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям: 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 03 «Медико-профилактическое дело», 1-79 01 02 «Педиатрия»



Минск БГМУ 2019

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.7я73

A43

Авторы: канд. филос. наук А. И. Климович (темы 4, 12, 13, вопросы 7.1, 7.2); канд. пед. наук, доц. каф. психиатрии и медицинской психологии И. Р. Перережко (тема 11); ст. преп. И. Г. Красникова (темы 1, 2, 8, 10, вопрос 11.5); ст. преп. В. В. Бурсевич (темы 3, 6, 9, вопросы 7.3, 13.3); ст. преп. Т. А. Совостюк (темы 5, 11, 14); преп. О. В. Швабовская (тема 15)

Рецензенты: канд. филос. наук, доц., зав. каф. социально-гуманитарных дисциплин Гомельского государственного медицинского университета С. Н. Бордак; каф. философии культуры Белорусского государственного университета

Актуальные проблемы биомедицинской этики и коммуникаций в здравоохранении : учебно-методическое пособие / А. И. Климович [и др.]. – Минск : БГМУ, 2019. – 196 с.

ISBN 978-985-21-0231-5.

Проанализированы основные принципы и правила биомедицинской этики, представлены современные позиции по ее «открытым» проблемам, большое внимание уделяется специфике коммуникаций в здравоохранении.

Предназначено для студентов 1-го курса лечебного, медико-профилактического и педиатрического факультетов, аспирантов, преподавателей и всех интересующихся биоэтической проблематикой.

УДК 614.253(075.8)

ББК 87.7я73

ISBN 978-985-21-0231-5

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2019

ПРЕДИСЛОВИЕ

Биомедицинская этика — относительно новый предмет в системе медицинского образования. Ее рождение в XX в. стало ответом на дерзкие вызовы времени. В настоящее время она по-прежнему продолжает оставаться в авангарде гуманитарного знания, оценивая наиболее острые моральные проблемы современности. Знакомство с биоэтикой необходимо каждому человеку независимо от профессии. Недаром В. Р. Поттер определяет ее в качестве «науки выживания», требующей объединения естественнонаучного и гуманитарного подходов. Введение данного предмета в качестве обязательного в медицинские ВУЗы — лишь первый, но важный шаг на пути перехода человечества от синдрома нарциссизма к новой форме взаимодействия с окружающим миром на основе идеи коэволюции и принципов биоцентризма. Главной целью овладения биомедицинской этикой в рамках университетского образования является формирование у студентов моральных ценностей, осознанного нравственного отношения к здоровью, жизни и смерти человека, а также приобретение эффективных навыков взаимодействия с пациентами, населением и СМИ.

Перед современным врачом встает множество проблем этического характера. Стремительное, а сейчас уже и неконтролируемое развитие биомедицинских технологий приводит к тому, что две основные константы человеческого существования — рождение и смерть — начинают носить все более управляемый характер. Ситуация обостряется постоянно углубляющимся процессом медиализации общества, все более узкой специализацией профессионалов и коммерциализацией медицины. Данные факторы приводят к тому, что представители медицинской сферы должны постоянно и напряженно размышлять над разворачивающейся перед ними бездной этических конфликтов, решать вопросы, имеющие ярко выраженный экзистенциальный характер и перманентно осуществлять нравственный выбор.

Биомедицинская этика позволяет прямым образом влиять на становление мировоззрения будущего врача. Студент-медик должен как можно раньше сформировать личную нравственную позицию по отношению к так называемым «открытым» проблемам медицины, иначе он никогда так и не дорастет до истинного профессионала своего дела. В дальнейшем неумение давать оценку своим поступкам с точки зрения морали и нравственности может привести к катастрофе, как это уже было не раз в истории человечества. Стоит лишь вспомнить знаменитый Нюрнбергский процесс и события, предшествовавшие ему и спровоцированные, к сожалению, именно научным (в том числе и медицинским) сообществом. Именно поэтому впервые сформулированное А. Швейцером понимание основного принципа биоэтики как «жизни, которая хочет жить среди других жизней» имеет непреходящую ценность на все времена, а каждое поколение будущих врачей должно открывать и переосмысливать его для себя снова и снова.

Учебно-методическое пособие подготовлено авторским коллективом кафедры философии и политологии БГМУ. Для более легкого восприятия основные понятия в главах пособия выделены по тексту, а некоторый учебный материал представлен в виде таблиц. Данное издание станет хорошим помощником для студентов в освоении курса биомедицинской этики, а также будет интересно широкому кругу читателей.

РАЗДЕЛ I

СТАНОВЛЕНИЕ И ОСОБЕННОСТИ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

ТЕМА 1. ИСТОРИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ ВРАЧА. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Ни одна специальность не приносит порой столько моральных переживаний, как врачебная.

А. П. Чехов

1. **Этика как философская дисциплина. Биомедицинская этика в структуре этического знания.**
2. **Особенности профессиональной этики. История медицинской этики.**
3. **Понятие биоэтики и социокультурные предпосылки ее формирования.**
4. **Особенности и проблемное поле биомедицинской этики.**

Ключевые понятия: этика, мораль, структура морали, структура этического знания, прикладная этика, профессиональная этика, медицинская этика, медицинская деонтология, биоэтика, биомедицинская этика, клятва Гиппократата, «не навреди», «делай добро», Женевская декларация (Международная клятва врачей), Международный кодекс медицинской этики, Клятва врача Республики Беларусь, биоэтика В. Р. Поттера, биомедицинские технологии, медиализация общества, особенности биомедицинской этики: междисциплинарный характер, публичность, нормативность, институциональность; проблемное поле биомедицинской этики: общетеоретические, «открытые», деонтологические, институциональные проблемы.

1.1. **Этика как философская дисциплина. Биомедицинская этика в структуре этического знания**

Этика (от греч. *etikos* — относящийся к нраву, характеру) — философская дисциплина, предметом изучения которой является мораль (нравственность). Возникновение этики как термина и особой дисциплины в IV в. до н. э. связано с именем Аристотеля. Греческий мыслитель определял ее как практическую философию, целью которой являются не знания, а поступки, и которая призвана дать руководящие идеи для поведения человека и способствовать его нравственному совершенствованию.

При всем многообразии этических систем можно выделить ядро проблемного поля этики, которое концентрируется вокруг следующих вопросов: что есть добро и зло, добродетели и пороки? что такое счастье? в чем смысл жизни? что есть свобода, долг, совесть, любовь? и др. Однако этика исследует не только фундаментальные ценности и цели человеческой жизни, но и анализирует природу и внутреннюю структуру морали, изучает ее генезис и историческое развитие, исследует различные моральные системы, пытается обосновать мораль (доказать необходимость

исполнения моральных требований), выясняет ее место и роль в системе других феноменов культуры.

Таким образом, этику можно определить как рефлексию над моральными основаниями человеческой жизни¹.

Мораль (от лат. *moralis* — относящийся к нраву, характеру, складу души, привычкам) — совокупность принципов и норм поведения, ценностей и идеалов, которые регулируют отношения между людьми.

Следует отметить, что данное определение морали не может исчерпывать все ее многогранное содержание. Мораль необходимо рассматривать и как феномен общечеловеческого бытия, который отражает область социально значимого и необходимого поведения, выраженного в совокупности принципов и норм; и как феномен личностного бытия, отражающий цели и мотивацию поступков человека, характеризующий его нравственные качества; и как духовный феномен, фиксирующий стремление человека к соотношению своего конечного существования с вечными ценностями.

Специфика морали заключается в следующих чертах:

– императивный (от лат. *imperativus* — повелительный) характер морали. Мораль предстает как совокупность требований (делай добро, будь справедливым и др.) и запретов (не убей, не кради и др.), которыми человек должен руководствоваться в своих поступках;

– ценностно-оценочный характер морали. Мораль представляет собой сферу ценностей (добро, свобода, счастье, милосердие и др.), через призму которых осуществляется оценка мотивов, поступков, нравственных качеств человека, а также различных явлений социальной действительности, ориентиров и нравов, которые характеризуют социальную жизнь;

– всеобщность и универсальность морали. Предписания морали пронизывают все сферы жизни человека и общества, распространяются на всех людей без исключения, применимы в самых различных ситуациях и носят общечеловеческий характер (у всех людей есть некоторые общие представления о добродетельном, правильном, справедливом и др.);

– в морали отражается антитеза должного и сущего. Сущее как фактическое положение дел не совпадает с должным — нравственно-идеальным бытием. Это несовпадение задает стремление человека как существа, полагающего и реализующего нравственные ценности, к воплощению должного в реальном бытии и восстановлению единства должного и сущего;

– мораль предполагает автономию субъекта — способность личности к свободному выбору, самоопределению и «нормотворчеству». Руководствуясь общечеловеческими нравственными требованиями в качестве идеально-должного, человек самостоятельно делает выбор своего поведения, намечает цель и средства ее достижения, исходя из реальных возможностей и конкретной ситуации. Определяющими механизмами такого выбора являются чувства долга, совести, осознание ответственности за свой моральный выбор и др.

¹ Рефлексия (от лат. *reflexio* — отражение) — размышление, рассуждение, критический анализ.

В сравнении с другими регулятивами поведения человека (обычаями, правом, административно-корпоративными нормами и т. д.), мораль обладает своими особенностями. Мораль неинституциональна, т. к. не нуждается в социальном институте, который бы создавал моральные императивы и ценности, поддерживал их функционирование в обществе и осуществлял контроль над их исполнением.

Мораль не может быть сведена к обычаям — исторически сложившимся и повторяющимся в определенных обстоятельствах формам поведения, т. к. в основе морали лежит свободное волеизъявление человека, позволяющее ему внутренне мотивировать и оценивать свои действия, исходя из критериев добра и зла. Необходимо понимать, что господствующие в данный момент в обществе нравы и обычаи могут не соответствовать моральным ценностям и принципам.

Различие между правом и моралью заключается, прежде всего, в способе регуляции отношений между людьми. Если исполнение норм права обеспечивается властью государства (аппаратом правосудия), то требования морали поддерживаются силой общественного мнения и личной убежденностью человека. К тому же право не носит универсальный характер, тогда как мораль присутствует во всех сферах человеческой жизни.

Сложный характер феномена морали определяет различия в ее философско-этических трактовках. Фундаментальными проблемами теории морали являются проблема определения источника происхождения морали и проблема ее структурирования.

В истории философско-этической мысли сложились следующие концепции происхождения морали:

а) натуралистическая концепция выводит мораль из природы, представляет ее как момент развития природных (биологических) закономерностей;

б) социологизаторская концепция истоки морали связывает с развитием общества, представляет ее как элемент общественной организации, разновидность социальной дисциплины;

в) антропологическая концепция выводит мораль из природы человека, трактует ее как сущностную характеристику человеческого бытия;

г) религиозная концепция возникновения морали связывает с трансцендентным источником — Богом.

В философско-этической литературе можно встретить различные варианты структурирования разнообразных нравственных явлений. Один из вариантов предполагает выделение следующих компонентов морали:

– моральные нормы — конкретные правила поведения, определяющие, как человек должен вести себя по отношению к другим людям и самому себе в типичных ситуациях (уважай старших, не лги и т. д.);

– нравственные качества личности — характеристика поступков и отдельных сторон поведения человека, выступающих как свойство его характера (доброта, честность, мужество, скромность и др.);

– моральные принципы — фундаментальные представления человека о должном поведении («золотое правило нравственности» и др.);

– моральные идеалы — конечная цель, к которой направлено нравственное развитие человека и общества, и которая является ориентиром для самосовершенствования человека;

– моральные ценности — основа моральных ориентиров, выраженная в представлениях о добре, счастье, свободе и др.

Функции морали следующие:

а) гуманизирующая — раскрывает меру человеческого в человеке;

б) регулятивная — регулирует поведение человека и отношения людей в обществе;

в) воспитательная — формирует человеческую личность и ее самосознание;

г) ценностно-ориентирующая — задает смысложизненные идеалы и ценности, позволяет оценивать различные явления и поступки;

д) познавательная — позволяет раскрывать смысл явлений сквозь призму понятий добра и зла, справедливости, долга, ответственности и др.



Рис. Структура этического знания

В структуре современного этического знания принято выделять следующие разделы (рис.):

– история морали — изучает нравы общества, характерные для той или иной эпохи;

– история этических учений — изучает формирование и особенности этических учений различных мыслителей, школ, направлений в разные периоды развития культуры;

– теория морали — изучает сущность и структуру морали;

– теория высших нравственных ценностей — изучает фундаментальные понятия этического знания: добро, зло, смысл жизни, счастье, свобода, справедливость и др.;

– прикладная этика — вырабатывает и изучает нормы и принципы, регулирующие поведение человека в конкретных ситуациях и в определенных сферах его

жизнедеятельности, а также дает оценку различным явлениям социальной жизни. Вопрос о систематизации прикладной этики в настоящее время остается открытым. В контексте данного курса особое значение имеют такие области прикладной этики, как профессиональная этика (в частности, медицинская), экоэтика, биоэтика. Именно на их основании формируется биомедицинская этика.

Биомедицинская этика — этико-прикладная дисциплина, предметом изучения которой являются теоретические и практические аспекты моральных проблем, порожденных новейшими достижениями в области современной медицины, биологии, биотехнологии и касающихся защиты прав и достоинств человека, его жизни, здоровья и смерти.

Основной целью биомедицинской этики является разработка новых моральных и правовых ориентиров научных и медицинских технологий в таких «открытых» областях, как генная инженерия, трансплантация органов, репродуктивные технологии, эвтаназия, психиатрия и др.

1.2. ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ.

История медицинской этики

Профессиональная этика — отрасль прикладной этики, отражающая совокупность моральных норм и принципов, которые регулируют поведение специалиста с учетом особенностей его деятельности и конкретной ситуации.

Специфика профессиональной этики определяется:

- формированием специально-профессиональных моральных норм и ценностей («не навреди», «сохраняй врачебную тайну» в медицине);
- формированием моральных кодексов и клятв специальности (клятва Гиппократова в медицине);
- конкретизацией моральных ценностей и принципов применительно к своеобразию соответствующей профессии (добро как сохранение жизни и здоровья в медицине).

Исторически профессиональная этика, прежде всего, сложилась в медицинской, юридической, педагогической профессиях, т. к. в них непосредственно затрагиваются ценности жизни, здоровья, свободы человека.

Медицинская (врачебная) этика — профессиональная этика, регулирующая человеческие отношения в медицине по вертикали (врач – пациент) и по горизонтали (врач – врач) на основе общечеловеческих моральных ценностей и принципов.

Для анализа этической составляющей медицины, наряду с понятием «медицинская этика», используется также понятие «медицинская деонтология».

Медицинская деонтология (греч. deon — должное, logos — учение) — учение о должном в медицине, прежде всего о профессиональном долге врачей и медицинских работников по отношению к пациентам.

При этом в понятии «медицинская этика» подчеркивается общечеловеческий контекст принципов и норм медицинской профессии, а в понятии «медицинская деонтология» фиксируются моральные нормы и стандарты применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т. д.).

История медицинской этики насчитывает более трех тысячелетий. В Древней Индии врачи давали клятву еще в середине II тыс. до н. э. Так, ученик обязывался почитать своего учителя вплоть до личного самопожертвования, вести аскетический образ жизни, ставить нужды пациента выше своих личных интересов, должен был избавиться от всякого рода страстей: ненависти, корыстолюбия, хитрости; не позволять себе преступлений, хранить в тайне профессиональные секреты.

Для европейской медицины непреходящее значение имеет этика древнегреческого врача Гиппократ (около 460 – около 370 гг. до н. э.), воззрения которого изложены в книгах «Корпуса Гиппократ»: «Клятва», «Закон», «О враче», «О благоприличном поведении», «Наставления» и др. В «Клятве» Гиппократ определил фундаментальные принципы традиционной медицинской этики, многие из которых являются актуальными и в настоящее время. В первой части сочинения древнегреческий врач подчеркивает, что отношение ученика, который обучается искусству врачевания, должны строиться на почтении и уважении к учителю. Вторая часть «Клятвы» посвящена отношению врача к пациенту. В ее основе лежат следующие идеи:

- воздержание от причинения всякого вреда и несправедливости по отношению к пациенту («не навреди»);
- запрет на использование смертельного средства, даже если об этом просит пациент;
- запрет на аборт;
- воздержание от всего несправедливого и пагубного, от интимных отношений с пациентами;
- забота о пользе пациента;
- запрет разглашать врачебную тайну.

В других текстах Гиппократ отмечал, что врачу должны быть присущи трудолюбие, постоянное совершенствование в профессии, серьезность, приветливость, чуткость, приличный и опрятный вид. Хороший врач не должен искать материальной выгоды: «Если ты поведешь сначала дело о вознаграждении, — ведь и это имеет отношение ко всему нашему делу, — то, конечно, наведешь больного на мысль, что, если не будет сделано договора, ты оставишь его или будешь небрежно относиться к нему и не дашь ему в настоящий момент совета. Об установлении вознаграждения не следует заботиться, т. к. мы считаем, что обращать на это внимание вредно для больного, в особенности при остром заболевании: быстрота болезни, не дающая случая к промедлению, заставляет хорошего врача искать не выгоды, а скорее приобретения славы. Лучше упрекать спасенных, чем наперед обирать находящихся в опасности».

Гиппократ также отмечал, что при необходимости врач должен обращаться за помощью к другим врачам: «Нет ничего постыдного, если врач, затрудненный в каком-либо случае у больного и не видя ясно, по причине своей неопытности, просит пригласить других врачей, с которыми он мог бы совместно выяснить положение больного и которые посодействовали бы ему найти помощь... Врачи, вместе осматривающие больного, не должны ссориться между собою и высмеивать друг друга. Ибо, я с клятвою заверяю, что никогда суждение одного врача не должно

возбуждать зависти другого; это значило бы показывать свою слабость: соседи по ремеслу на площади склонны делать это»¹.

Анализируя идеи Гиппократов, необходимо учитывать социокультурный контекст, в котором они возникли. Тем не менее основополагающим принципом медицинской профессии и в настоящее время остается принцип, заданный Гиппократом, — «не навреди».

В эпоху Средневековья и Возрождения нравственные ориентиры медицинской профессии определялись христианскими ценностями: любовью к ближнему, состраданием, милосердием. Знаменитый врач эпохи Возрождения Парацельс (1493–1541) учил своих учеников: «Сила врача — в его сердце, работа его должна руководствоваться Богом и освещаться естественным светом и опытом; важнейшая основа лекарства — любовь». Христианским мировоззрением был задан важнейший моральный принцип медицины — «делай добро».

Дальнейшее развитие врачебная этика получила в эпоху Нового времени. В это время появляются первые медицинские ассоциации и этические кодексы, происходит переосмысление значения медицины в обществе: целью медицины теперь становится не только индивидуальное, но и общественное здоровье. Работы авторов этой эпохи, в особенности Т. Персиваля (1740–1804), отразили множество моральных аспектов взаимоотношений внутри медицинского профессионального сообщества. В работе «Медицинская этика, или Свод установленных правил применительно к профессиональному поведению врачей и хирургов» (1794 г.) Т. Персиваль писал: «Медики любого благотворительного учреждения являются в какой-то степени... хранителями чести друг друга. Поэтому ни один врач или хирург не должен открыто говорить о происшествиях в больнице, что может нанести вред репутации кого-нибудь из его коллег... Следует избегать непрошеного вмешательства в лечение больного, находящегося на попечении другого врача. Не следует задавать никаких назойливых вопросов относительно пациента..., нельзя вести себя эгоистично, стараясь прямо или косвенно уронить доверие пациента к другому врачу или хирургу»².

Значение и необходимость медицинской этики отмечали русские и белорусские врачи в XIX в. На основе клятвы Гиппократов в Российской империи было создано «Факультетское обещание» русских врачей. Идеи этики Гиппократов пропагандировал на медицинском факультете Московского университета М. Я. Мудров. Он подчеркивал, что важнейшими ориентирами в деятельности врача должны быть бескорыстие, честность, терпение, внимание к нуждам пациента, сохранение врачебной тайны, постоянное совершенствование своих знаний и навыков, уважение к коллегам. Ярким примером практической реализации принципов медицинской этики стала врачебная деятельность Ф. П. Гааза, известного своим афоризмом: «спешите делать добро». Этот замечательный врач все свои силы отдавал самым обездоленным — ссыльным, каторжанам, малоимущим, проявляя удивительное сострадание и милосердие по отношению к своим пациентам. Обсуждение проблем

¹ Гиппократ. Клятва. Закон. О враче. Наставления. Минск, 1998.

² Введение в биоэтику: учеб. пособие / А. Я. Иванюшкин [и др.]. Москва: Прогресс-Традиция, 1998.

медицинской этики (врачебная тайна, врачебные ошибки, эксперименты в медицине и др.) можно встретить в трудах многих русских врачей XIX в.: Н. И. Пирогова, В. А. Манассеина, В. В. Вересаева.

Идеи филантропии (благотворительности) и сострадания отстаивали в своей профессиональной деятельности и белорусские врачи: И. К. Стржалко, И. С. Фейертаг, И. У. Зданович, А. Ф. Недзведзский. На добровольных началах многие из них работали в медицинских учреждениях благотворительных обществ, оказывая медицинскую помощь неимущим слоям населения.

Развитие медицинской этики в Советском Союзе во многом было обусловлено формированием новой политической идеологии и системы здравоохранения. Задача разработки новой медицинской этики, которая бы соответствовала изменившимся реалиям, не ставилась. Тем не менее, некоторые традиционные моральные проблемы медицины становились предметом дискуссий (проблемы аборта, врачебной тайны, врачебной ошибки).

В 20-е гг. острые дискуссии развернулись вокруг проблемы врачебной тайны. Нарком здравоохранения Н. А. Семашко провозгласил курс на уничтожение врачебной тайны, которая понималась как пережиток буржуазной медицины. В этот период традиционную медицинскую этику было принято критиковать за обоснование и утверждение корпоративно-сословной буржуазной морали, связь с религиозной традицией, чуждой классовым интересам пролетариата. Поэтому вместо термина «медицинская этика» в советской медицине чаще употребляли термин «деонтология». Под деонтологией понимали совокупность правил, соответствующих той или иной конкретной области медицинской практики.

Примером такого понимания может служить хирургическая деонтология Н. Н. Петрова, который в 40-е гг. в работе «Вопросы хирургической деонтологии» выделял следующие моральные правила, которыми должен руководствоваться хирург: хирургия для пациентов, а не пациенты для хирургии; делай и советуй делать пациенту только такую операцию, на которую ты согласился бы при наличной обстановке для самого себя или для самого близкого тебе человека; для душевного покоя пациентов необходимы посещения хирурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после; идеалом большой хирургии является работа с действительно полным устранением не только всякой физической боли, но и всякого душевного волнения пациента и др.

Широкое обсуждение проблем деонтологии началось в 60–80-е гг. В 1971 г. был утвержден текст «Присяги врача Советского Союза», которую должны были принимать все выпускники советских медицинских ВУЗов.

В середине XX в. появляются международные организации — ВМА, ВОЗ, ЮНЕСКО, Совет Европы, одной из задач которых стала разработка регламентирующих современную медицинскую науку и практику этических документов. Особую роль в разработке этических стандартов медицинской профессии играет Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) — независимая международная организация, основанная в 1947 г. и представляющая врачей мира. Цель ВМА — служить человечеству, стараясь достичь высших международных стандартов в медицинском образовании, медицинской науке, медицинском искусстве и медицинской этике, и охране здоровья во всем мире. Генеральной ассамблеей Всемирной медицинской

ассоциации были приняты Женевская декларация (Международная клятва врачей) (1948 г.), Международный кодекс медицинской этики (1949 г.), Хельсинкская декларация (1964 г.) и ряд других документов в области медицинской этики.

В 1994 г. в нашей стране был утвержден текст Клятвы врача Республики Беларусь, которую принимают выпускники высших медицинских учебных заведений, получающие диплом врача, а в 1999 г. был принят Кодекс врачебной этики¹. В этих документах закреплены основополагающие моральные принципы и правила, которыми обязаны руководствоваться в своей профессиональной деятельности врачи Республики Беларусь.

В последней трети XX в. начинается новый этап в развитии медицинской этики. Она перестает быть сугубо корпоративной и становится частью биомедицинской этики, которая предполагает широкое общественное обсуждение проблем, возникающих в результате стремительного прогресса биомедицинских технологий.

1.3. ПОНЯТИЕ БИОЭТИКИ

И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ

Биоэтика в качестве особого междисциплинарного направления оформляется в последней трети XX в. Впервые термин «биоэтика» предложил в 1970 г. американский ученый-биохимик В. Р. Поттер. Автор работы «Биоэтика: мост в будущее» определяет ее как науку о выживании, призванную соединить «две культуры» — естественнонаучное (прежде всего, биологическое) и гуманитарное знание; стать своеобразным мостом между научными представлениями о жизни человека и общечеловеческими ценностями, идеалами, целями.

Одна из дилемм современного общества — феномен опасного знания. Научное знание и его применение на практике несет не только благо для человечества, но и потенциальную угрозу для будущих поколений. Поэтому, как полагает Поттер, «человечеству срочно требуется новая мудрость, которая бы являлась «знанием о том, как использовать знание» для выживания человека и улучшения его жизни. Концепция мудрости как руководство к действию и знание, необходимое для достижения социального блага и улучшения качества жизни, называется Наукой выживания... Эта наука должна строиться на знании биологии и в то же время выходить за границы ее традиционных представлений; включать в сферу своего рассмотрения наиболее существенные элементы социальных и гуманитарных наук, среди которых особое значение принадлежит философии, понимаемой как «любовь к мудрости»². Таким образом, на основе философского интереса к будущему человеческого прогресса, оценки значения нового знания и потенциальной его опасности биоэтика, по мнению исследователя, должна обеспечить выживание и улучшение жизни человечества.

¹ На сегодняшний день действие Кодекса врачебной этики отменено. Министерство здравоохранения Республики Беларусь в 2016 г. разработало Проект норм медицинской этики и деонтологии. Однако по результатам общественного обсуждения он так и не был утвержден.

² Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее. Киев, 2002.

Такое понимание сущности и назначения биоэтики сближает ее с этикой экологической (экоэтикой), предметом изучения которой является нравственное отношение человека к живой и неживой природе. Признание ценности жизни и этический принцип благоговения перед жизнью, сформулированный А. Швейцером еще в начале XX в., лежат в основе как эко-, так и биоэтики: «Я — жизнь, которая хочет жить среди других жизней, которые хотят жить». Принцип благоговения перед жизнью предполагает «высказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой... Добро — то, что служит сохранению и развитию жизни, зло есть то, что уничтожает жизнь или препятствует ей»¹.

В конце 80-х гг. XX в. В. Р. Поттер предлагает концепцию глобальной биоэтики как всеохватывающей и всеобъемлющей этики, цель которой — приемлемое выживание человечества. Приемлемое выживание — это не только биологическое выживание, но и социальная стабильность, устойчивое развитие общества, духовное и нравственное совершенствование человечества, сохранение и развитие здоровой экосистемы, необходимой для существования человеческого рода в целом. Целью глобальной биоэтики является забота о всех ныне живущих людях, о правах и интересах будущих поколений, о всех живых организмах и окружающей среде в целом.

Глобальная биоэтика — междисциплинарная область, которая, по мнению Поттера, должна объединить медицинскую и экологическую этики. «Первая заинтересована, главным образом, в краткосрочных решениях: обеспечении свободы выбора индивидов в вопросах улучшения качества их здоровья, тогда как вторая преследует долгосрочные цели, ее интерес состоит в сохранении экосистемы, необходимой для длительного существования человеческого рода»².

Однако термин «биоэтика» в научной и учебной литературе часто используется в ином значении. **Биоэтика** выступает как область междисциплинарных исследований философских и этических проблем, возникающих в связи с прогрессом биомедицинской науки и внедрением новейших технологий в практику здравоохранения. В этом смысле она сближается с медицинской этикой, и для обозначения ее содержания употребляют термин «**биомедицинская этика**». Биомедицинская этика отличается от традиционной медицинской этики более широким проблемным полем, а также тем, что она выходит за рамки профессионально-корпоративной этики и предполагает общественное обсуждение проблем, связанных с развитием медицинской науки и практики.

Возникновение и интенсивное развитие биоэтики и биомедицинской этики в последней трети XX в. было обусловлено рядом факторов:

- стремительным прогрессом науки и появлением новейших технологий, в том числе биомедицинских, которые изменяют традиционные представления о жизни, смерти, телесности человека, границах человеческого существования;
- осознанием возможных негативных последствий научно-технического прогресса, особенно широкого использования технологий, которые трансформиру-

¹ Швейцер А. Культура и этика. Москва: Прогресс, 1973.

² Пустовит С. В. Глобальная биоэтика: становление теории и практики (философский анализ). Киев: Арктур – А, 2009.

ют основания природы человека и жизни в целом (репродуктивные технологии, клонирование, генная инженерия и др.);

- становлением постнеклассической рациональности, которая предполагает соотношение целей научного поиска и знаний об объекте с ценностными ориентирами социума и культуры, а также необходимость междисциплинарного подхода для практического решения проблем, связанных с развитием современной науки. Объектом постнеклассической науки становятся человекообразные, исторически развивающиеся системы. Знание и практическое освоение таких объектов может быть потенциально опасным для человечества. Поэтому возрастает роль этической составляющей в деятельности ученого. Этика науки предполагает бескорыстный поиск истины, запрет на фальсификацию результатов научного поиска, социальную ответственность ученого и др.;

- вниманием к правам человека, в том числе утверждением права индивида на автономное свободное волеизъявление в отношении своей жизни и здоровья;

- изменением роли медицины, которая в настоящее время выступает не только как элемент социума, но и как активный фактор его преобразования. В XX в. возрастают темпы медиализации общества. Под медиализацией принято понимать процесс усиления власти медицины в современном обществе, который находит свое отражение в разных явлениях: включение человека в пространство медицины с момента рождения и до смерти, углубление дифференциации медицинских состояний, формирование новых субъектов медицинского дискурса («эмбрион», «умирающий человек» и др.), усиление власти фармацевтических компаний, широкий доступ пациентов к медицинским знаниям и информации и т. д.;

- тенденциями дегуманизации медицины, обусловленной тем, что медицина все чаще рассматривается как сфера услуг, а также усиливающейся специализацией и дифференциацией медицинской практики. Эти процессы приводят к машинизации мышления врача и разрушению целостного восприятия пациента и его индивидуальности;

- необходимостью нравственной оценки моральных коллизий и дилемм, возникающих в современной медицине на основе общечеловеческих принципов и ценностей.

В середине 90-х гг. XX в. проблемы биоэтики начинают привлекать внимание философов, богословов, врачей, политиков, журналистов в постсоветских странах. Биоэтика становится академической дисциплиной, создаются исследовательские и образовательные центры биоэтики, формируются этические комитеты.

1.4. ОСОБЕННОСТИ И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

Как любая область знания, биомедицинская этика имеет свои особенности:

- междисциплинарный характер биомедицинской этики определяется тем, что она существует на пересечении философского, медицинского, естественнонаучного, гуманитарного, теологического, юридического, обыденного дискурсов;

- публичность биомедицинской этики предполагает участие в биоэтических дискуссиях не только профессионального сообщества ученых и медиков, но и философов, юристов, теологов, политиков, экономистов, пациентов и членов их семей, других представителей общественности;

– нормативность биомедицинской этики предполагает исследование специфики общечеловеческих моральных ценностей в их приложении к медицинской практике и новым ситуациям, возникающим вследствие прогресса в области биомедицинских технологий;

– институциональность биомедицинской этики заключается в том, что она выступает не только как область знаний, но и как социальный институт. Для решения биоэтических проблем, сопровождения биомедицинских исследований создаются этические комитеты, которые представляют собой многоуровневую сеть общественных, государственных и международных организаций. Этические комитеты существуют при научно-исследовательских учреждениях и больницах, профессиональных объединениях (врачебных, сестринских, фармацевтических), государственных органах, международных организациях (ЮНЕСКО, ВОЗ, Совет Европы и др.).

К числу основных проблем биомедицинской этики можно отнести следующие:

– общетеоретические проблемы: выявление специфики общечеловеческих моральных ценностей добра, сострадания, долга, совести, свободы в деятельности ученого и врача; разработка этических принципов и норм биоэтики; определение сущностных характеристик жизни и смерти;

– «открытые» проблемы: определение статуса эмбриона, этический анализ новых репродуктивных технологий, искусственного аборта и контрацепции, эвтаназии, реанимации, паллиативной помощи, трансплантологии, биомедицинских экспериментов с участием человека и животных, генных технологий и др. Поскольку биоэтика представляет собой этическую рефлексию над достижениями биомедицинской науки и практикой, круг «открытых» проблем постоянно расширяется;

– деонтологические проблемы: разработка этических регулятивов отношений в медицине по вертикали (врач – пациент) и горизонтали (врач – врач), моделей взаимоотношений медицинских работников и пациента; этический анализ врачебных ошибок и ятрогений, прав пациентов, специфики моральных проблем в онкологии, психиатрии, наркологии, помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом;

– институциональные проблемы: анализ деятельности этических комитетов, моральных аспектов функционирования и развития современных систем здравоохранения и др.

Темы рефератов и докладов:

1. Этика как «практическая философия». Этика в современном мире.
2. Клятва Гиппократова и современные этические кодексы.
3. Христианские моральные ценности и медицинская этика.
4. Медицинская этика в профессиональной деятельности врачей Беларуси.
5. Проблемы медицинской этики в «Записках врача» В. В. Вересаева.
6. Медицинская этика в художественных произведениях А. Чехова, М. Булгакова и др.
7. Этика хирурга В. Ф. Войно-Ясенецкого.
8. Деонтология Н. Н. Петрова.
9. Роль Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) в развитии современной медицинской этики.

10. Биомедицинские технологии и будущее цивилизации.
11. Понятие «биоэтика» в работе В. Р. Поттера «Биоэтика: мост в будущее».
12. Стратегии биовласти и человеческая природа.

Вопросы для самоконтроля:

1. Почему Аристотель считал этику практической философией? Какие вопросы составляют проблемное поле этики?
2. Какие особенности характеризуют феномен морали?
3. В чем заключается специфика морали как формы регуляции отношений между людьми? Чем мораль отличается от обычая и права?
4. Какие разделы выделяют в структуре современного этического знания? Какое место занимает биомедицинская этика в этой структуре?
5. Какие особенности характеризуют профессиональную этику?
6. Назовите основные этапы в развитии медицинской этики. Кратко охарактеризуйте каждый из них.
7. В чем заключается суть принципа «не навреди», сформулированного Гиппократом?
8. На какие моральные принципы ориентировались в своей профессиональной деятельности русские и белорусские врачи XIX в.?
9. Назовите особенности медицинской этики советского периода.
10. Перечислите нормативные этические документы, которые задают ориентиры медицинской профессии в наше время.
11. Какими факторами обусловлено появление и интенсивное развитие биоэтики в последней трети XX в.?
12. Как соотносятся между собой понятия «биоэтика», «биомедицинская этика», «медицинская этика»?
13. Перечислите достижения биомедицинской науки и практики, которые изменяют представления о телесности человека, его жизни и смерти, перспективах существования.
14. Перечислите особенности биомедицинской этики. Что означает междисциплинарный характер биоэтического знания?
15. Назовите основные проблемы биомедицинской этики.

ТЕМА 2. БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И МОРАЛЬНЫЕ ОРИЕНТИРЫ МЕДИЦИНЫ

По-видимому, все чудеса врачей сводятся к их силе внимания к больному. Этой силой поэты одухотворяют природу, а врачи больных поднимают с постели.

М. М. Пришвин

1. Высшие моральные ценности в медицине.
2. Принципы биомедицинской этики.
3. Правила биомедицинской этики.
4. Этические комитеты: их виды и функции.

Ключевые понятия: общечеловеческие ценности, добро, зло, страдание, сострадание, милосердие, свобода, моральная ответственность; принципы биомедицинской этики: уважения автономии личности, «не навреди», «делай добро», справедливости, уважения человеческого достоинства, целостности и уязвимости личности; правила биомедицинской этики: информированного согласия, правдивости, конфиденциальности; этические комитеты.

2.1. ВЫСШИЕ МОРАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ В МЕДИЦИНЕ

Нравственными основаниями врачевания являются *общечеловеческие моральные ценности*, принципы и нормы. К высшим моральным ценностям, которые задают предельно общие ориентиры медицинской профессии, относятся: добро, сострадание, милосердие, свобода, долг, совесть, справедливость и др. В контексте биоэтического знания особое значение приобретает жизнь как ценность и цель врачевания.

Добро и зло являются центральными категориями этического знания. Они выступают критериями разграничения нравственного и безнравственного в любой деятельности человека, в том числе в медицине. В понятии добра отражаются наиболее обобщенные и устойчивые представления о благе и поступках человека, которые предполагают духовное возвышение и нравственное совершенство. В медицине в самом общем виде добро направляет врача на сохранение жизни и здоровья человека. Будучи высшей ценностью и нравственным ориентиром, добро абсолютно и едино. В реальной же жизни добро реализуется в многообразии поступков и явлений и проявляется через борьбу со злом и пороком.

В современной медицинской практике часто встречаются ситуации морального выбора между добром и злом, «меньшим» и «большим» злом. Осуществление морального выбора невозможно вне *нравственной свободы* — способности человека к самоопределению, автономии и волеизъявлению. В медицине нравственная свобода врача дает ему возможность предпринимать решительные действия, направленные на помощь пациенту, открывать и применять новые знания и методы, давать своим действиям нравственную оценку и т. д. Реализация свободы тесно связана с моральной ответственностью, т. е. способностью личности отвечать за совершенные поступки и действия.

Врач, как правило, имеет дело с пациентом, который в силу своего состояния испытывает физические или душевные страдания. Поэтому особое значение в медицинской профессии приобретают ценности *сосрадания и милосердия*, которые предполагают сочувствие, сопереживание другому человеку, соединенные с желанием ему помочь, доброжелательность, заботу, любовь к ближнему. Им противоположны равнодушие, жестокосердие, злонамеренность, враждебность, насилие.

2.2. Принципы биомедицинской этики

В литературе по проблемам биоэтики предлагаются различные варианты систематизации универсальных принципов и норм биомедицинской этики. Наиболее широкое признание получила концепция, предложенная известными американскими специалистами Томом Бичампом и Джеймсом Чилдресом в работе «Принципы биомедицинской этики». Авторы выдвигают в качестве основополагающих четыре принципа: уважения автономии личности, «не навреди», «делай добро» и справедливости. Принципы «не навреди» и «делай добро» являются фундаментальными основаниями традиционной медицинской этики со времен Гиппократа, а принципы уважения автономии личности и справедливости становятся актуальными на современном этапе развития биомедицинской этики.

Принцип уважения автономии личности основан на признании человека как безусловной ценности и предполагает свободный выбор личности в отношении своей жизни и здоровья (выбор лечебного учреждения, лечащего врача, согласие или отказ от медицинского вмешательства и т. д.). При этом выбор, который делает пациент, как бы он не расходился с позицией врача, должен определять дальнейшие действия последнего. Таким образом, право выбора и ответственность за него не сосредоточены всецело в руках врача, а распределяются между ним и пациентом.

Принцип уважения автономии личности закреплен в законе Республики Беларусь «О здравоохранении». В статье 41 (Права пациентов) подчеркивается, что пациент имеет право: на выбор лечащего врача и организации здравоохранения; участие в выборе методов оказания медицинской помощи; получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи; отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства¹.

Пациент может совершать автономное действие, если он:

- компетентен, т. е. понимает, что с ним происходит и осознает последствия своего решения;
- информирован о диагнозе, сути медицинского вмешательства, рисках, пользе, прогнозе и т. д.;
- совершает его без каких-либо внешних принуждений, добровольно.

¹ О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП: с изм. и доп. от 21 октября 2016 г. № 433-З.

В медицинской практике нередко встречаются ситуации, когда пациенты не являются компетентными и не могут принимать в полной мере осознанного решения. К таким пациентам можно отнести:

- несовершеннолетних, которые в силу своих возрастных особенностей не обладают автономией. При этом следует учитывать, что по мере взросления автономия ребенка увеличивается. Юридически возрастной границей компетентности пациента является возраст совершеннолетия (18 лет). Именно с этого возраста пациент имеет право давать самостоятельное согласие на сложное медицинское вмешательство. В то же время в статье 44 (Согласие на оказание медицинской помощи) Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» подчеркивается, что несовершеннолетние в возрасте от 14 до 18 лет имеют право самостоятельно давать согласие на простое медицинское вмешательство¹;

- пациентов, страдающих психическими расстройствами, которые в силу заболевания не могут принимать осознанные решения в отношении своей жизни и здоровья;

- лиц, находящихся в бессознательном состоянии;

- лиц в состоянии алкогольного и наркотического опьянения с нарушениями функций сознания.

В этих случаях автономия переносится на законных представителей пациентов (близких родственников, усыновителей, опекунов, попечителей). Если законные представители отсутствуют или установить их местонахождение невозможно, решение может принимать врач или консилиум врачей. При этом действие медицинских работников должно быть обосновано принципами «не навреди» и «делай добро».

В ряде случаев автономия пациента может быть ограничена третьей стороной (обществом, органами правосудия), если существует непосредственная опасность для здоровья и жизни самого пациента или других членов общества. Законодательством Республики Беларусь предусмотрена возможность принудительного освидетельствования и принудительной госпитализации лиц, страдающих психическими расстройствами либо имеющих заболевания, представляющие опасность для здоровья населения.

Принцип «не навреди» в латинской формулировке выглядит как «*primum non nocere*», что означает «прежде всего — не навреди». Этот принцип восходит к этике Гиппократа и считается моральным основанием медицины. Принцип предполагает необходимость избегать вреда, который врач может нанести пациенту.

Вред, который медицинский работник может нанести пациенту, можно классифицировать по разным основаниям: вред, вызванный бездействием или действием медицинского работника; ненамеренный либо умышленный (намеренный) вред; моральный либо физический вред и др.

¹ К простым медицинским вмешательствам относят малоинвазивные диагностические, лечебные и профилактические вмешательства (например, ультразвуковое исследование, магнитно-резонансная томография, рентгенография, стоматологические вмешательства и др.); к сложным — хирургические медицинские вмешательства (микрохирургические, полостные, реконструктивные, эндоскопические операции, операции по трансплантации органов и др.).

Наиболее частыми причинами вреда могут быть:

– бездействие и неоказание помощи тому, кто в ней нуждается. Оказание помощи является не только моральной, но и юридической обязанностью врача. В Уголовном кодексе Республики Беларусь (статья 161. Неоказание медицинской помощи больному лицу) предусмотрена ответственность медицинских работников за неоказание медицинской помощи. При этом можно выделить уважительные и неуважительные причины неоказания помощи. Под уважительными причинами неоказания помощи пациенту понимают стихийное бедствие (непреодолимую силу), болезнь самого медицинского работника, занятость лечением другого не менее тяжелого пациента (крайнюю необходимость), отсутствие транспортных средств для выезда к отдаленному месту медицинского происшествия и т. д. Не могут считаться уважительными такие причины, как вызов в ночное и нерабочее время, нахождение в отпуске и др.;

– небрежность, халатность, ненадлежащее исполнение обязанностей медицинским работником. Данный вред также предполагает как моральную, так и юридическую ответственность медицинского работника (Уголовный кодекс Республики Беларусь, статья 162. Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским работником);

– врачебные ошибки;
– необдуманные или неквалифицированные действия врача;
– утаивание информации и обман пациента, разглашение врачебной тайны, грубое и невнимательное отношение к пациенту.

Безусловно, моральный долг врача — исключить из своей практики вред, вызванный этими причинами. Однако следует отметить, что любое медицинское вмешательство сопряжено с риском для пациента, и зачастую полностью избежать вреда невозможно. Поэтому, принимая решение о проведении лечебной, диагностической или профилактической процедуры, врач должен постоянно взвешивать выгоды и риски, связанные с конкретным вмешательством. Здесь важно, во-первых, чтобы причиняемый вред не превышал того блага, которое приобретается в результате медицинского вмешательства, и, во-вторых, чтобы при выбираемом варианте действий сам по себе этот вред был минимальным по сравнению со всеми другими возможными вариантами.

Принцип «делай добро» требует активных действий, направленных на сохранение жизни и восстановление здоровья, облегчение боли и страдания пациента. В отличие от принципа «не навреди», эти действия предполагают не столько рациональные соображения, сколько такие чувства и эмоции, как сострадание и милосердие. При этом врач обязан заботиться не только о благе пациента, но и о благе общества (например, бороться с распространением эпидемий), а также о благе науки, без которой невозможен прогресс медицины. Трудности возникают, когда выявляются противоречия между этими видами блага. С позиции современной биомедицинской этики, интерес науки не должен превалировать над интересами конкретной личности. Однако в исключительных случаях считается морально оправданным ограничение свобод отдельного человека во благо общества.

Принцип справедливости на уровне отношений врач – пациент предполагает оказание помощи пациенту вне зависимости от его пола, возраста, расовой

и национальной принадлежности, социального и материального положения, политических убеждений и вероисповедания, личных предпочтений врача; на уровне системы здравоохранения в целом — равный доступ всех слоев и групп населения к получению биомедицинских услуг и благ, доступность фармакологических средств, защиту наиболее уязвимых слоев населения.

При распределении дефицитных ресурсов здравоохранения приходится обращаться к тем или иным критериям справедливости: равенства, учета индивидуальных потребностей, заслуг перед обществом, рыночных отношений и др. Безусловно, ни один из них не может считаться абсолютным, и часто для распределения ограниченных медицинских ресурсов используется несколько критериев.

Кроме обозначенных принципов можно также отметить:

- принцип уважения человеческого достоинства, предполагающий признание самоценности каждой личности, в том числе людей, которые в силу своего физического или психического состояния не обладают возможностью выразить свою волю;

- принцип целостности, акцентирующий внимание на физической и психической тождественности личности самой себе и запрещающий манипуляцию или разрушение этого тождества;

- принцип уязвимости, характеризующий хрупкость и конечность каждой жизни, а также требующий особой защиты и внимания по отношению к отдельным группам населения (бедным, малограмотным, детям, инвалидам).

В октябре 2005 г. Генеральная конференция ЮНЕСКО приняла Всеобщую декларацию о биоэтике и правах человека. Декларация затрагивает этические вопросы, касающиеся медицины, наук о жизни и связанных с ними технологий, и утверждает 15 принципов, обеспечивающих в этих сферах деятельности уважение человеческого достоинства, прав человека и его основных свобод.

2.3. Правила биомедицинской этики

Принципы биомедицинской этики, определяющие самые общие условия отношения к пациенту как к личности, конкретизируются в правилах информированного согласия, правдивости, конфиденциальности.

Правило информированного согласия означает, что любое медицинское вмешательство или медико-биологическое исследование должно осуществляться с согласия пациента или испытуемого, полученного добровольно и на основе достаточной информированности. То есть правило информированного согласия предполагает:

- информирование пациента;
- получение согласия на медицинское вмешательство.

Этический стандарт информирования пациента включает в себя четыре блока информации:

1. Информация об исходном состоянии здоровья, прогнозе для здоровья и жизни пациента (об основном заболевании, по поводу которого обратился пациент; о сопутствующих заболеваниях, общем состоянии, переносимости лекарств и реакции организма, результатах обследования).

2. Информация о вариантах необходимого и возможного медицинского вмешательства, обследования, лечения, реабилитации (о вариантах лечения, аль-

тернативных методах лечения и их сравнительной эффективности, о предлагаемом методе как наиболее подходящем для этого пациента в данной ситуации, об эффективности предлагаемого метода, проценте осложнений и неудач, о вероятности непредвиденных обстоятельств и действий врача, о степени необходимости и срочности оказания медицинского вмешательства, о возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т. д.), риске для жизни, физического или социопсихологического благополучия, финансовых расходах, связанных и с лечением, и с реабилитацией).

3. Информация о правах и обязанностях пациента (о необходимости обязательного выполнения назначений и рекомендаций медицинского персонала, о правах и обязанностях пациента во время и после лечения).

4. Информация об учреждении (о медицинском учреждении и лечащем враче (наличии лицензии, сертификата, стажа работы, врачебной категории, ученой степени), об обязанностях и ответственности медицинского учреждения и медицинских работников в отношении пациента).

Право пациента на получение информации закреплено в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи 41, 46). Информация о состоянии здоровья пациента предоставляется лечащим врачом пациенту или его законным представителям (если пациент не является автономной личностью). Совершеннолетний пациент вправе определить лиц, которым следует сообщать информацию о состоянии его здоровья, либо запретить ее сообщение определенным лицам. Информация о состоянии здоровья пациента излагается лечащим врачом в форме, соответствующей требованиям медицинской этики и доступной для понимания лица, не обладающего специальными знаниями в области здравоохранения.

По просьбе несовершеннолетнего либо в целях осознанного выполнения им медицинских предписаний по согласованию с его законным представителем лечащим врачом несовершеннолетнему предоставляется информация о состоянии его здоровья и выбранных методах оказания медицинской помощи в доступной для его возраста форме с учетом психофизиологической зрелости и эмоционального состояния пациента.

По желанию пациента, уполномоченных им лиц, организации здравоохранения выдают выписки из медицинских документов, медицинские справки о состоянии здоровья и другие документы, содержащие информацию о состоянии здоровья пациента¹.

Необходимым условием оказания медицинской помощи является предварительное согласие информированного пациента. В Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи 44, 45) предусмотрена устная и письменная формы выражения согласия. Согласие на простое медицинское вмешательство может быть выражено в устной форме, на сложное — в письменной.

Иногда в медицинской практике имеет место ситуация, когда врач вынужден выйти за рамки дозволенного пациентом вмешательства, действуя в интересах его жизни и здоровья (например, увеличить объем оперативного вмеша-

¹ О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП: с изм. и доп. от 21 октября 2016 г. № 433-З.

ства). В этом случае можно говорить о расширенном информированном согласии пациента.

Пациент также имеет право отказаться от получения информации о состоянии своего здоровья, от медицинского вмешательства и изменить свое первоначальное решение в процессе лечения, отказавшись его продолжать. Исключение составляют случаи, когда медицинское вмешательство уже началось и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни или здоровья пациента. Согласно законодательству, при отказе от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, пациенту лечащим врачом в доступной форме должны быть разъяснены возможные последствия отказа. Отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, оформляется пациентом письменно.

Правило правдивости предписывает правдиво, в доступной форме (учитывая психологические и возрастные особенности личности), тактично (не причиняя вреда) сообщать пациенту информацию о состоянии его здоровья. Пациент также должен быть правдивым в отношениях с медицинскими работниками. Реализация правила правдивости в ряде случаев связана с серьезными трудностями (информирование при использовании плацебо, неавтономных пациентов, онкологических пациентов и пациентов, находящихся в терминальном состоянии и др.) и предполагает ситуационные решения.

Правило конфиденциальности предполагает строгое соблюдение врачебной тайны. Предметом конфиденциальности являются: информация о факте обращения за медицинской помощью, данные о состоянии здоровья, диагноз, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования и лечения пациента; немедицинская информация о пациенте или его близких, ставшая известной врачу в процессе выполнения им профессиональных обязанностей; а также в случае смерти — информация о результатах патологоанатомического исследования. Эта информация может быть передана третьим лицам (например, близким родственникам) только с согласия пациента.

Конфиденциальность предполагает также анонимность используемых сведений в научной и учебной литературе, возможность анонимной диагностики, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение медицинских данных и ограничение доступа к ним.

Правило конфиденциальности зафиксировано во многих этических кодексах, начиная с клятвы Гиппократова, и закреплено в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» (статья 46), а также в Уголовном кодексе Республики Беларусь (статья 178. Разглашение врачебной тайны).

Дискуссионным в биомедицинской этике является вопрос о границах врачебной тайны. Если личные интересы пациента нарушают интересы других людей и сохранение тайны угрожает их здоровью и безопасности (например, в случае жестокого обращения с детьми и др.), допускается ее разглашение.

Согласно белорусскому законодательству, предоставление информации, составляющей врачебную тайну, без согласия пациента допускается по запросу: различных организаций здравоохранения; органов уголовного преследования и суда; страховых организаций; местных органов военного управления; нанимателя в свя-

зи с проведением расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания и др.

Организации здравоохранения обязаны представлять информацию, составляющую врачебную тайну, без согласия пациента, а также без запроса: в правоохранительные органы при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью причинен в результате противоправных действий; в органы государственного управления в отношении лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, актов терроризма и массовых беспорядков и др.

Разглашение врачебной тайны снижает искренность и доверие пациента к врачу, уменьшает число пациентов, обращающихся за медицинской помощью, тем самым понижает эффективность диагностики и лечения. За разглашение врачебной тайны медицинские и фармацевтические работники несут ответственность в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

2.4. ЭТИЧЕСКИЕ КОМИТЕТЫ: ИХ ВИДЫ И ФУНКЦИИ

В современном мире широкое распространение получили **этические комитеты** — независимые социальные институты, осуществляющие контроль над соблюдением этических норм и стандартов в области прав пациентов и испытуемых.

Впервые они возникли в США в 50-е гг. XX в. с целью проведения официальной экспертизы исследований, которые осуществлялись на человеке. В 1961 г. в США появился первый общественный комитет, призванный разрешить сложную биоэтическую ситуацию. В американском городе Сиэтле в Центре «Искусственная почка» на единственный аппарат претендовали 7 обреченных на смерть пациентов — среди них был ребенок, многодетная мать и пятеро мужчин разного возраста. Был создан общественный комитет, который должен был выбрать единственного счастливчика. Этот комитет окрестили в прессе «божественным комитетом», его члены безуспешно пытались, опираясь на критерии «возраст», «пол», «социально-экономическое положение», «образование», «количество иждивенцев», «психологическая устойчивость», определить преимущественные шансы «права на жизнь» кого-то одного перед всеми остальными.

В конце 60-х гг. этические комитеты создаются при больницах и исследовательских учреждениях Великобритании, Германии, Франции. В постсоветских странах первые этические комитеты формируются в конце XX в.

Согласно классификации ЮНЕСКО, которой были разработаны руководства, описывающие назначение, принципы организации и функционирования этических комитетов, можно выделить следующие их виды:

- комитеты / комиссии / советы по разработке политики и (или) рекомендаций, действующие на национальном уровне;
- комитеты по биоэтике профессиональных медицинских ассоциаций;
- комитеты по биоэтике лечебных и образовательных учреждений;
- комитеты по биоэтике исследований.

Наиболее распространенными в Республике Беларусь являются комитеты по этике биомедицинских исследований (табл.). Эти комитеты осуществляют этическую экспертизу исследований, проводимых с участием человека или лабораторных животных, т. к. сегодня ни одно биомедицинское исследование не

может быть проведено, если проект не получил одобрения этического комитета. В мировой практике деятельность именно этих комитетов наиболее четко и всесторонне регламентирована соответствующими нормативными документами. В этих документах четко определены требования к их созданию, численному и профессиональному составу, функциям, прерогативам, правилам и процедурам их деятельности, порядку ведения документации, обжалования принимаемых ими решений и т. д.

В БГМУ в 2012 г. был создан Комитет по биомедицинской этике. Этот комитет является независимым органом, осуществляющим этическую экспертизу биомедицинских исследований, планируемых и проводимых работниками БГМУ, субъектом которых является человек или животные. Цель деятельности комитета — гуманизация медицинской науки и учебного процесса, повышение качества планирования и выполнения диссертаций и научных работ. Комитет осуществляет этическую экспертизу диссертаций и научно-исследовательских работ, программ учебных дисциплин, выполненных научных работ (публикаций, отчетов).

Основные функции этических комитетов в Республике Беларусь

Комитеты	Основные функции
Национальный комитет по биоэтике	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осуществление общественного контроля над соблюдением прав пациента и испытуемого; укрепление доверия, консолидации и партнерских отношений между врачами и пациентами. 2. Осуществление фундаментальных исследований, касающихся общечеловеческой и моральной ценности достижений биологических и поведенческих наук и биотехнологий. 3. Обсуждение надлежащего использования биологических и биомедицинских технологий. 4. Обеспечение участия страны в международном сотрудничестве по вопросам биоэтики и экоэтики; помощь в создании, регуляции и координации деятельности этических комитетов разных уровней; обучение членов этических комитетов; контроль над соблюдением рекомендаций по проведению биоэтической экспертизы; координация и мониторинг деятельности межведомственных комиссий и комитетов по биоэтике. 5. Публикация рекомендаций по вопросам биоэтики; оказание соответствующего влияния на разработку биополитики; повышение информированности общественности в области биоэтики. 6. Организация форумов для обсуждения на национальном уровне проблем биоэтики, вопросов и конкретных случаев, которые привлекают внимание общественности, на пресс-конференциях, в публикациях, телевизионных передачах, Интернете

Комитеты	Основные функции
<p>Этические комитеты при ассоциациях профессиональных врачей (Комиссия по медицинской этике Белорусской ассоциации врачей и др.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Защита прав, чести и достоинства медицинских работников и пациентов. 2. Разработка, разъяснение и углубление понимания этических норм профессии врача, пропаганда и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии, укрепление профессионального авторитета врачей, содействие в формировании законодательных условий, соответствующих соблюдению принципов врачебной этики. 3. Рассмотрение конфликтных ситуаций в медицинской среде и других нарушений профессиональной этики, отстаивание обоснованных интересов медицинских работников при административных нарушениях или судебных процессах в рамках законодательных актов Республики Беларусь. 4. Организация мероприятий по этическому образованию, проведение кратковременных курсов, конференций
<p>Локальные комитеты по этике при медицинских учреждениях, больницах, медицинских университетах (Комитет по биомедицинской этике БГМУ и др.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение качества оказания медицинской помощи. 2. Разработка руководящих принципов и рекомендаций, касающихся этической стороны руководства медицинским учреждением. 3. Разработка программ по образованию в области биоэтики для своих членов, кандидатов в члены и добровольцев. 4. Рассмотрение и анализ биоэтических казусов и конфликтных ситуаций. 5. Оказание консультаций по биоэтическим случаям
<p>Комитеты и центры по биоэтике исследований (Национальный координационный центр по безопасности при Институте генетики и цитологии НАН Беларуси; Республиканский центр экспертиз и испытаний в здравоохранении; фармакологический комитет и др.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Защита прав, безопасности и здоровья испытуемых. 2. Контроль над соблюдением этических стандартов при проведении исследований с участием человека. 3. Информирование исследователей о всех этических и процедурных моментах, связанных с использованием человека в исследовании. 4. Помощь исследователям в планировании своих исследовательских проектов таким образом, чтобы свести к минимуму потенциальный вред для испытуемых. 5. Изучение материалов всех планируемых исследований до их начала и одобрение только тех из них, которые соответствуют всем установленным критериям для защиты испытуемых. 6. Разработка научных и этических стандартов составления протоколов исследования

Темы рефератов и докладов:

1. Добро и зло в медицине.
2. Сострадание и милосердие как нравственные ценности врачевания.
3. Свобода и моральная ответственность врача.
4. Принцип уважения автономии личности и права пациента.
5. Моральные проблемы распределения медицинских ресурсов в различных системах здравоохранения.
6. Специфика информированного согласия неавтономных личностей.
7. Этико-правовые аспекты отказа пациента от медицинской помощи.
8. Правило правдивости и проблема плацебо.
9. «Святая ложь»: исторический и этический анализ.
10. Этические и юридические границы врачебной тайны.
11. Деятельность этических комитетов в Республике Беларусь.

Вопросы для самоконтроля:

1. Как проявляется свобода и ответственность в деятельности врача?
2. Какова специфика сострадания в медицинской деятельности?
3. Назовите условия, которые позволяют осуществлять человеку автономные действия. Какие лица не могут совершать автономный выбор в отношении своей жизни и здоровья? Какими моральными принципами должен руководствоваться врач в этом случае?
4. Какими причинами может быть вызван вред, наносимый врачом пациенту?
5. Может ли врач отказаться от оказания медицинской помощи? Существуют ли уважительные причины такого отказа?
6. Какие критерии распределения ограниченных медицинских ресурсов используются в белорусской системе здравоохранения? Соответствуют ли эти критерии принципу справедливости?
7. О чем должен информировать врач пациента? Может ли пациент отказаться от информации о состоянии здоровья и медицинского вмешательства? Как в этом случае должен поступить врач?
8. В чем суть правила правдивости? В каких случаях его выполнение вызывает трудности?
9. Является ли этически оправданной тактика «спасительной (святой) лжи»?
10. Что является предметом врачебной тайны? В каких случаях допускается ее разглашение?
11. Приведите примеры нарушений принципов и правил биомедицинской этики. Чем, на ваш взгляд, обусловлены эти нарушения?
12. Какие виды этических комитетов существуют в Республике Беларусь? В чем заключаются их функции?
13. Приведите пример биоэтического казуса — конкретного случая из медицинской практики, отличающегося сложностью и вариативностью возможных решений с позиции биомедицинской этики, законодательства, религиозного и обычного сознания.

РАЗДЕЛ II

«ОТКРЫТЫЕ» ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

ТЕМА 3. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА

В пользу регулирования рождаемости, как правило, выступают те, кто уже родился.

Бенни Хилл

1. Основные подходы к определению начала человеческой жизни. Статус эмбриона.
2. Понятие, история и этические проблемы искусственного аборта. Законодательное регулирование аборта в Беларуси.
3. Этические проблемы и законодательное регулирование репродуктивных технологий.
4. Этические проблемы контрацепции, стерилизации и пренатальной диагностики.

Ключевые понятия: статус эмбриона, искусственный аборт, социальные показания к аборту, медицинские показания к аборту, репродуктивные технологии, донорство половых клеток, искусственная инсеминация, экстракорпоральное оплодотворение, суррогатное материнство, контрацепция, стерилизация, пренатальная диагностика.

3.1. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ НАЧАЛА ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ. СТАТУС ЭМБРИОНА

В любой культуре все моменты, связанные с зачатием и рождением новой жизни, имеют особый, часто сакральный статус, сопровождаются множеством табу и мистических ритуалов, поскольку шанс продлить свою конечную жизнь в жизни своих потомков — это одна из немногих возможностей для обычного человека получить свою долю бессмертия, как указывал еще древнегреческий мыслитель Платон в своем диалоге «Пир». Однако в связи с тем, что возможности медицины растут с каждым днем и позволяют человеку двадцать первого века интенсивно вмешиваться в ход естественных процессов, в рамках биомедицинской этики встает актуальный вопрос: как мы можем оценить с точки зрения морали те технологии и возможности по контролю за репродукцией, которые предлагает современная медицина? В круг этих вопросов входят нравственная оценка искусственного аборта, суррогатного материнства, экстракорпорального оплодотворения, искусственной инсеминации, донорства половых клеток, контрацепции и многие другие. Однако ответ на вопрос, насколько допустимым является применение всех этих технологий с этической точки зрения, чаще всего сводится к одной, но при этом весьма неоднозначной проблеме — статусу эмбриона.

Вопрос о **статусе эмбриона** — это вопрос о том, является ли эмбрион человеческим существом. Очевидно, что эмбрион лишен многих качеств, присущих рожденному человеку, например автономии, сознания, на определенных этапах и чувствительности. Однако является ли это достаточным основанием для того, чтобы отказать эмбриону в базовых правах, в частности праве на жизнь, которыми мы наделяем человека? Вопрос этот очень неоднозначный и имеет глубокие корни в культуре, однако именно от того, как мы отвечаем на него, и будет зависеть наше отношение к репродуктивным технологиям, аборту и многим другим явлениям.

Можно выделить несколько условных подходов, которые сложились в культуре при попытке определить статус эмбриона. Каждый из этих подходов затрагивает тему прав эмбриона с какой-то отдельной стороны, исходя из знаний и представлений, накопленных в определенной области культуры — в науке, философии, религии, причем каждый из них также может быть достаточно неоднородным внутри.

1. **Религиозный подход** является одним из самых древних способов определить статус эмбриона. Практически все религии мира единодушно заявляют, что человеческая жизнь в любых своих проявлениях — дар Божий. Уже с самого момента зачатия человек представляет собой одушевленное, самостоятельное и неповторимое бытие. Так, раннехристианские мыслители оставили нам на этот счет следующие высказывания:

Ветхий завет: «Я образовал тебя во чреве... и прежде нежели ты вышел из утробы, Я освятил тебя» (Иер. 1. 5-6).

Афинагор (II век): «... Зародыш во утробе есть живое существо, о коем печется Господь».

Тертуллиан (II век): «Уже является человеком тот, кто им станет».

2. Тем не менее, для современного человека в силу постепенного утрачивания религией центрального места в культуре более значимым оказываются научные представления, которые связывают вопрос о статусе эмбриона с открытиями в области эмбриологии, анатомии и физиологии. Данный подход можно назвать **естественнонаучным**. Однако он является наименее однородным в силу того, что разные исследователи за точку отсчета формирования полноценного человеческого существа принимают разные этапы эмбрионального развития, поэтому внутри естественнонаучного подхода присутствуют как ультралиберальные, так и консервативные взгляды по этому вопросу.

С одной стороны, есть вполне обоснованная научная точка зрения, что индивидуальная человеческая жизнь начинается с момента зачатия, поскольку в момент слияния мужской и женской половых клеток образуется единое ядро, содержащее неповторимый генетический материал. Таким образом, здесь за основу берется биологическая уникальность эмбриона.

Другие исследователи за точку отсчета формирования человеческой жизни принимают момент имплантации бластоцисты в стенку матки (5,5–6 дней), поскольку именно в этот момент у нового организма появляется способность к последующему развитию.

Для кого-то критическим этапом в развитии эмбриона оказывается начало формирования первичной полоски (14-й день), поскольку она создает предпосыл-

ки для формирования нервной системы. В связи с этим, согласно международным рекомендациям, в том числе и в Беларуси, использование эмбрионов для научных целей после 14 дней развития запрещается.

Еще несколько физиологических рубежей возникновения человеческой жизни связаны с появлением у эмбриона важных биологических параметров, которые в настоящее время являются критериями жизни/смерти организма, — сердцебиения и мозговой активности (первое сердцебиение — 4 недели, начало функционирования ствола мозга — 6 недель).

Однако наиболее популярным моментом, начиная с которого у эмбриона появляются какие-то права в законодательстве, оказывается 12-я неделя, поскольку именно после 1-го триместра беременности начинают активно формироваться все системы органов, а также способность плода реагировать на раздражители.

Кроме того, во многих странах в качестве значимой точки в развитии плода выделяют 20-ю неделю беременности, поскольку в этот момент происходит формирование легочной системы, наличие которой позволяет говорить о возникшей у плода «жизнеспособности». 22 недели — это срок реальной выживаемости родившихся детей.

Наконец, внутри научного подхода можно обнаружить и либеральную точку зрения, в соответствии с которой плод становится человеком и должен быть наделен какими-то правами только с момента рождения, когда он получает полную автономию от организма матери.

3. Юридический подход, который пытается законодательно зафиксировать отношение к эмбриону, естественно опирается на данные медицины и эмбриологии, но при этом стремится учитывать и сложившиеся внутри конкретной страны или региона традиции, религиозные взгляды и принятую в обществе идеологию. По этой причине, хотя, казалось бы, законодательство должно быть предельно четким в своем отношении к статусу и правам эмбриона, и здесь мы можем наблюдать существенные расхождения и противоречия.

Так, в одном из важнейших международных документов, подписанных практически всеми мировыми державами, — Декларации прав ребенка (20 ноября 1959 г.) мы обнаруживаем следующие строки: «Ребенок, ввиду его физической и умственной незрелости, нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения». В 1987 г. Всемирная медицинская ассоциация в «Заявлении об искусственном оплодотворении и трансплантации органов» также призвала врачей «действовать с соблюдением этических норм, проявляя должное уважение... к эмбриону с его зарождения». Конвенция Совета Европы «О защите прав человека и достоинства человеческого существа при использовании достижений биологии и медицины» (1997 г.) подчеркивает, что законодательство стран, подписавших конвенцию, должно предусматривать надлежащую защиту эмбриона, а также препятствовать их созданию в научных целях.

В Беларуси так же, как и в большинстве европейских стран, национальное законодательство, хотя предусматривает право женщины на аборт и распоряжение собственной репродуктивной функцией, не содержит каких-то прямых норм, гарантирующих право эмбриона на жизнь.

4. Подход к пониманию статуса эмбриона, который задает **биомедицинская этика**, можно свести к идее, выдвинутой еще А. Швейцером: любая жизнь ценна во всех ее проявлениях, в том числе и на стадии эмбриона. А потому совершенно недопустимо утилитарное или безответственное отношение к человеческим эмбрионам, а злоупотребления в их отношении являются нравственно неприемлемыми. Кроме того, биомедицинская этика призывает к дальнейшему и глубинному осмыслению проблем, связанных с репродукцией человека, поскольку очевидно, что такие социальные проблемы, как перенаселенность планеты, с одной стороны, демографический кризис в развитых странах, с другой, а также быстрый прогресс медицинских технологий, делают эти вопросы с каждым десятилетием все более актуальными. Помимо этого, биоэтическое знание предлагает задуматься и над теми моральными парадоксами, которые мы наблюдаем сегодня в связи с неоднозначным решением проблемы статуса эмбриона: например, женщине в отдельных случаях предоставляется возможность сделать аборт на таких поздних сроках, на которых в случае желанной беременности жизнь плода вполне может быть поддержана с помощью медицинских технологий.

3.2. Понятие, история и этические проблемы искусственного аборта. Законодательное регулирование аборта в Беларуси

Аборт (от лат. abortus — выкидыш) — искусственное прерывание беременности. Отношение к данной процедуре на протяжении истории развития человечества было весьма неоднозначным. Так, несмотря на запрет, который мы находим в клятве Гиппократата: «Я не вручу никакой женщине абортивного пессария», в целом в Древней Греции существовала идея о целесообразности аборта. Аристотель писал: «Если же у состоящих в супружеском сожитии должен родиться ребенок сверх положенного числа, то следует прибегнуть к аборту, прежде чем у зародыша появится чувствительность и жизнь». В Древнем Риме аборт не считался аморальным поступком и широко практиковался.

Однозначно негативное отношение к аборту формируется с распространением христианства. *Василий Великий* (IV–V вв.) писал: «Умышленно погубившая зачатый во утробе плод подлежит осуждению как за убийство». *Постановление Константинопольского Собора* (692 г.) говорит: «Разницы нет, убивает ли кто-либо взрослого человека или существо в самом начале его образования». При этом наказания (смертная казнь, ссылка, исправительные работы) за осуществление аборта часто распространялись не только на женщину, но и на врача, выполнившего ее просьбу.

Постепенно в связи с высокой смертностью в результате кесарева сечения в некоторых странах законодательно разрешают аборт по медицинским показаниям, например во Франции в 1852 г. Однако социальную и моральную революцию в этом вопросе совершил СССР, в котором 18 ноября 1920 г. вступило в силу Постановление Наркомздрава и Наркомюста, которое провозгласило право женщины на безопасный, бесплатный и общедоступный аборт. При этом в Советском Союзе отношение к аборту несколько раз существенно менялось: так, в 1936 г. вновь произошло запрещение абортов и в послевоенное время аборт в связи с массовой депопуляцией населения не приветствовался. Однако в 1955 г. их опять

легализовали, и с учетом малого доступа населения страны к средствам контрацепции аборт стал для гражданок Советского Союза фактически одним из методов регуляции репродуктивной функции: показатель числа абортов на 1000 женщин фертильного возраста в СССР был примерно в полтора раза выше, чем в других европейских странах.

В настоящее время можно наблюдать постепенную либерализацию отношения к абортам. По-прежнему остаются страны, в которых аборт запрещен без исключений (Чили, Ватикан) или возможен только по медицинским показаниям либо в исключительных случаях (Афганистан, Венесуэла, Аргентина, Израиль, Польша). Однако во многих странах аборт можно осуществить не только по причине риска для здоровья матери, но и по социально-экономическим показаниям (Англия, Индия, Исландия, Люксембург, Япония), либо на ранних сроках беременности женщина в принципе имеет полную свободу в отношении осуществления аборта (Россия, Украина, Австрия, Бельгия, Болгария, Германия, Италия, США, Турция, Франция, Швеция и др.).

В Беларуси на сегодняшний день аборты легализованы, но их проведение полностью контролируется законодательством. В стране осуществляются следующие аборты:

- медикаментозный аборт (до 6–8-й недели);
- вакуумная аспирация;
- хирургический аборт;
- искусственные роды (на поздних сроках беременности).

Статистические данные свидетельствуют о том, что количество абортов в стране снижается: если в 2000 г. было осуществлено 121 900 абортов (на 100 родов приходилось 128 абортов), то, начиная с 2010 г., эта цифра колеблется около 30 000 абортов и постепенно снижается, в 2016 г. зафиксировано 27 467 абортов (на 100 родов приходится примерно 19 абортов). На женщин 20–29 лет приходится 48,2 % абортов, 30–34 года — 23,4 %, 35–39 лет — 14,3 %, от 40 лет и старше — 6 %. 92 % абортов в стране выполняются до 12 недель беременности. 15 % из всех решившихся на аборт забеременели впервые.

Законодательные нормы, регулирующие проведение аборта в Беларуси, отражены в законе «О здравоохранении», а также в ряде инструкций Министерства здравоохранения.

К основным принципам, зафиксированным в законодательстве страны в отношении аборта, можно отнести следующие:

1. Аборты осуществляются только в организациях здравоохранения, проведение аборта в домашних условиях уголовно наказуемо.
2. Аборт должен осуществляться только по желанию женщины.
3. Решать вопрос об аборте женщина имеет право с момента достижения совершеннолетия, для лиц, не достигших 18 лет, необходимо письменное согласие родителей или опекунов.
4. Врач-акушер-гинеколог обязан провести преабортное консультирование женщины и предоставить ей или ее законному представителю полную информацию о возможных осложнениях при проведении операции искусственного аборта.

5. Врач-специалист имеет право отказаться от проведения аборта, если отказ непосредственно не угрожает жизни или здоровью женщины.

При этом проведение аборта строго регулируется в соответствии со сроками беременности, на котором он может осуществляться:

1) при сроке беременности не более 12 недель аборт осуществляется по желанию женщины;

2) при сроке беременности от 12 до 22 недель аборт может быть осуществлен при наличии социальных показаний, к которым с 2013 г. относятся:

- беременность в результате изнасилования;
- лишение женщины родительских прав в отношении уже имеющихся детей;

3) независимо от срока беременности и при согласии самой женщины осуществляются аборт по медицинским показаниям.

В стране имеется утвержденный Министерством здравоохранения перечень медицинских показаний, и вопрос о прерывании беременности в каждом конкретном случае решает врачебно-консультационная комиссия.

Несмотря на то, что во многих странах аборт достаточно давно легализован, они по-прежнему остаются серьезной моральной дилеммой. В обществе сформировались 2 общественных движения, которые с разных сторон смотрят на проблему аборта и предпринимают конкретные шаги для отстаивания либо прав женщины на аборт (феминистско-либеральное движение Pro-choice), либо прав эмбриона на жизнь (религиозно-консервативное движение Pro-life).

Если выделять **аргументы против легализации аборта**, то можно перечислить следующие:

- право эмбриона на жизнь;
- физические страдания эмбриона, умертвляемого зачастую без седативных препаратов и анестезии;
- противоречие аборта главным биомедицинским принципам «не навреди» и «делай добро»;
- медицинские последствия аборта для здоровья женщин;
- постабортный синдром, который развивается у многих женщин, совершивших искусственный аборт;
- поощрение в обществе гедонизма и безответственного отношения к деторождению;
- ущемление прав врача в случае, если в стране не предусмотрено право врача на отказ от осуществления данной манипуляции;
- демографический кризис, при котором каждый рожденный ребенок является вкладом в будущее страны.

При этом сторонники легализации абортов, не отрицая этических и медицинских проблем, связанных с данной процедурой, выделяют **аргументы в пользу легализации аборта**:

- отсутствие у эмбриона (биомассы) каких-либо прав, присущих человеку;
- право женщины на распоряжение своим телом;
- наличие сложных жизненных обстоятельств, в которых аборт этически оправдан (изнасилование, тяжелое материальное положение, отсутствие супруга);

- экономическая выгода обществу от абортирования эмбрионов с тяжелыми патологиями;
- высокая смертность от криминальных абортов.

Следует отметить, что с 2013 г. в Беларуси активно действует движение про-лайф, организованное под руководством *Т. С. Тарасевич*. Его сторонники добились значительных успехов по трансформации белорусского законодательства в отношении абортов. Так, при согласованном действии Католической и Православной Церквей в 2013 г. перечень социальных показаний к аборту был сокращен с 10 до 2 позиций, а в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» была внесена поправка о праве врача отказаться от проведения аборта по этическим мотивам. Кроме того, конфессии ведут активную информационно-просветительскую и консультативную работу по вопросам репродукции: действует информационный портал Pro-life.by, регулярно проводятся общественные акции («Неделя без абортов», «В защиту жизни»), оказывается психологическая помощь женщинам (Центры поддержки семьи и материнства «Матуля», «Ладушки»), волонтерами организаций проводится преабортное консультирование.

3.3. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Большую моральную и социальную проблему составляет не только вопрос, что делать с нежелательной беременностью, но и невозможность зачать ребенка в силу медицинских причин или определенных обстоятельств. По статистике в Беларуси примерно 16 % супружеских пар сегодня не могут зачать и родить ребенка естественным путем. В связи с медицинским и технологическим прогрессом у них появляется возможность искусственно вмешиваться в процессы зачатия, что ставит вопрос о том, допустимо ли это в принципе и где границы для человеческого вмешательства в биологические процессы.

Первые попытки по искусственному оплодотворению делались уже достаточно давно и, естественно, сначала на животных. Так, в 1784 г. Лазаро Спалацци произвел искусственное осеменение собаки. В России И. И. Иванов с 1899 г. начинает публиковать свои работы по искусственному оплодотворению животных, кроме того, он высказывал мысль о возможности оплодотворения в искусственной среде. Однако реальная возможность использовать эти наработки на человеческом организме появилась только в XX в.

В настоящее время выделяют 3 вспомогательные **репродуктивные технологии**:

- искусственную инсеминацию;
- экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО);
- суррогатное материнство.

Каждая из этих технологий имеет свои этические противоречия и по-разному оценивается обществом. При этом в Беларуси с 2011 г. все 3 технологии были легализованы и контролируются законом «О вспомогательных репродуктивных технологиях». Однако поскольку при применении данных технологий зачастую ставится вопрос об использовании донорских биологических материалов, необходимо рассмотреть моральные аспекты и проблемы, связанные с донорством половых клеток.

Донорство половых клеток. На сегодняшний день в Беларуси существует банк мужской спермы, женские яйцеклетки закупаются за границей. Сдать сперматозоиды может любой мужчина в возрасте от 18 до 40 лет, прошедший медицинский осмотр и не имеющий противопоказаний. Донором яйцеклеток может стать женщина в возрасте от 18 до 35 лет, имеющая ребенка, не имеющая медицинских противопоказаний и прошедшая медицинский осмотр. При этом лицо, совершившее тяжкое преступление против человека, не может быть донором. За донорство половых клеток предусматривается оплата донору.

В отношении доноров должны соблюдаться юридические и этические принципы, в частности, принцип уважения автономии — донорство может быть только добровольным, конфиденциальности — неанонимным донором может быть только родственник пациента, желающего воспользоваться половыми клетками.

Моральные проблемы донорства половых клеток следующие:

1. Определенную моральную проблему может составлять принцип автономии, на котором построено донорство. Хотя решение о донорстве принимается человеком самостоятельно, это решение может косвенно вовлекать и других людей, например супругов донора, которые, возможно, также хотели бы быть информированы о подобном решении.

2. Нарушение принципа «не навреди»: в результате использования зараженных половых клеток организм пациента, обратившегося за репродуктивными технологиями, может быть инфицирован серьезными заболеваниями. Для минимизации таких рисков законодательством предусматривается обязательная 6-месячная криоконсервация половых клеток перед использованием. Проблему также составляет то, что пара, обратившаяся за донорскими клетками, имея примерное описание донора (возраст, рост, вес, цвет волос и глаз, расовая и национальная принадлежность, образование, группа крови и резус-фактор), не может быть абсолютно уверена в том, какие фенотипические черты или наследственность будет иметь будущий ребенок.

3. Проблема конфиденциальности: соглашаясь на анонимный статус, донор фактически отказывается нести ответственность за свое будущее биологическое потомство, кроме того, это приводит к нарушению права ребенка знать своих родителей.

4. Коммерциализация донорства: в связи с тем, что донор получает деньги за свои половые клетки, он не заинтересован в предоставлении правдивой информации о своем здоровье и наследственности.

5. Определенную проблему может составлять также активное донорство, которое может приводить к массовому распространению в популяции одного генотипа. В связи с этим в белорусском законодательстве имеются ограничения на повторное использование биологических материалов одного человека — не более чем в 20 попытках оплодотворения.

На основе донорства половых клеток развиваются собственно репродуктивные технологии. Следует отметить, что в Беларуси воспользоваться репродуктивными технологиями могут не все граждане, а лишь дееспособные совершеннолетние лица, имеющие медицинские показания к применению данных технологий, т. е. страдающие бесплодием. Кроме того, есть и некоторые возрастные ограниче-

ния: ЭКО и искусственная инсеминация не применяются в отношении пациентки, достигшей 50 лет.

Самая простая из репродуктивных технологий — **искусственная инсеминация** (от лат. *semīna* — сперма) — представляет собой введение в цервикальный канал или матку женщины спермы мужчины, полученной заблаговременно вне полового акта. Применяется для достижения беременности в бесплодных парах либо для получения беременности у одиноких женщин. Процент наступления беременности и рождения ребенка после однократного применения искусственной инсеминации составляет около 12 %.

Какие же моральные проблемы предполагает искусственная инсеминация? Следует отметить, что вопросом нравственной оценки репродуктивных технологий в первую очередь озабочены религиозные организации, стремящиеся оценить медицинский прогресс с точки зрения его соответствия традиционным общественным и семейным ценностям. В связи с этим практически все религиозные конфессии относятся к репродуктивным технологиям негативно, поскольку с их помощью человек вмешивается в ход естественных процессов зачатия и рождения, т. е. фактически берет на себя роль Бога. Тем не менее Православная церковь считает искусственную инсеминацию нравственно допустимой, если она осуществляется семейной парой и без использования донорских материалов.

К моральным проблемам искусственной инсеминации можно отнести:

1. Все нравственные проблемы, упомянутые в связи с донорством половых клеток, в случае, если они задействованы в процедуре инсеминации.
2. Использование для инсеминации половых клеток умерших, супруга в случае развода, поскольку здесь нарушается принцип уважения автономии личности. В Беларуси запрещается использовать половые клетки супруга после развода или его смерти.
3. Нарушение принципа «не навреди», связанное с медицинскими рисками для здоровья женщины, поскольку очень часто при осуществлении искусственной инсеминации применяют гормональную стимуляцию овуляции.
4. Подрыв традиционного представления о семье и супружеской верности.
5. Инсеминация незамужних женщин, с одной стороны, позволяет им реализовать свое право на семью, а с другой, приводит к эгоизму, поскольку лишает будущего ребенка права на полноценную семью.

Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) (от лат. *extra* — снаружи, вне и *corpus* — тело) — оплодотворение вне тела, *in vitro*, т. е. в пробирке. Впервые эта медицинская технология была успешно применена в Великобритании в 1987 г., в результате чего в 1978 г. родилась Луиза Браун. Первый ребенок, зачатый с помощью ЭКО в Советском Союзе, был рожден в 1986 г.

При проведении ЭКО для получения большого количества яйцеклеток женщину обязательно подвергают гормональной стимуляции. Затем яйцеклетки извлекаются из яичников с помощью пункции под общей или местной анестезией. Яйцеклетки оплодотворяют искусственно в условиях *in vitro*, а полученных эмбрионов содержат в условиях инкубатора, где они развиваются в течение 2–5 дней, после чего эмбрионы переносят в полость матки. Эффективность экстракорпорального оплодотворения в целом составляет около 30–35 %.

К *моральным проблемам ЭКО* можно отнести следующие:

1. Если данная процедура применяется семейной паре с использованием донорских яйцеклеток или сперматозоидов, возникают все моральные проблемы, связанные с донорством половых клеток.

2. Нарушается принцип «не навреди», поскольку гормональная стимуляция и трансвагинальная пункция яичников сами по себе являются опасными процедурами для здоровья женщины. Кроме того, по статистике дети, зачатые в результате ЭКО, чаще рождаются недоношенными, со сниженной массой тела и проблемами с иммунной системой. Это можно объяснить отсутствием механизма естественного отбора при зачатии в пробирке.

3. При проведении ЭКО актуальна проблема использования эмбрионов после расторжения брака, смерти одного из супругов. В Беларуси запрещается использование полученных в результате ЭКО эмбрионов одним из супругов после расторжения брака или смерти другого.

4. Наиболее важная проблема ЭКО связана с «лишними», т. е. оставшимися, не востребованными эмбрионами. Кто имеет право их использовать? Для чего? Стоит ли их сохранить, или лучше уничтожить? В Беларуси правом распоряжаться не востребованными эмбрионами наделены пациенты. С их согласия эмбрионы, срок развития которых не превышает 14 дней, могут быть использованы для совершенствования применения вспомогательных репродуктивных технологий. Использование эмбрионов в научно-исследовательских целях запрещается. Перенос не востребованных в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий эмбрионов другому пациенту также запрещается.

5. Моральные проблемы вызывает редукция прижившихся эмбрионов из полости матки, т. е. фактически их аборт. По белорусскому законодательству в матку пациентки может быть перенесено не более 2 эмбрионов, а в матку пациентки, достигшей 35 лет, а также пациентки независимо от возраста, в отношении которой применение вспомогательных репродуктивных технологий 3 и более раз не привело к наступлению беременности, — не более 3 эмбрионов. Редукция лишних эмбрионов может быть осуществлена по медицинским показаниям.

6. Еще одна серьезная нравственная проблема ЭКО связана с тем, что зачатие в пробирке потенциально позволяет с помощью последних генетических открытий фактически регулировать многие параметры будущего младенца, начиная от пола и заканчивая цветом глаз. В Беларуси при применении репродуктивных технологий выбор пола будущего ребенка не допускается, за исключением случаев возможности наследования заболеваний, связанных с полом.

Наиболее сомнительной в моральном отношении репродуктивной технологией является **суррогатное материнство**, при применении которого женщина добровольно соглашается забеременеть с целью выносить и родить биологически чужого ей ребенка, который будет затем отдан на воспитание генетическим родителям. Случаи суррогатного материнства были известны еще в древности. В Древнем Риме мужчины отдавали своих жен внаем парам, где жена была бесплодна. У древних евреев бездетные жены прибегали к помощи рабынь, которые рожали ребенка от мужа. Но первой на руки его брала законная жена, тем самым

демонстрируя свое право на младенца. В наше время суррогатное материнство на базе ЭКО-технологии было впервые успешно применено в 1980 г., когда 37-летняя американка Элизабет Кейн, уже имевшая 3 детей, была искусственно оплодотворена спермой супруга бесплодной женщины и получила вознаграждение после родов. В Великобритании в 1989 г. был успешно перенесен эмбрион супружеской пары в матку сестры бесплодной женщины.

В разных странах законодатели по-разному относятся к суррогатному материнству. Так, во Франции, Германии, Австрии, Норвегии, Швеции, некоторых штатах США суррогатное материнство полностью запрещено. В некоторых государствах возможно только некоммерческое суррогатное материнство (Австралия, Великобритания, Дания, Канада, Израиль). Наконец, есть страны, где коммерческое суррогатное материнство легализовано. К ним относятся большинство штатов США, ЮАР, Россия, Украина, Казахстан. В Беларуси суррогатным материнством на коммерческой основе может воспользоваться только женщина с медицинскими показаниями к данной процедуре.

В нашей стране к суррогатной матери предъявляется ряд существенных требований. Суррогатной матерью может быть только женщина:

- состоящая в браке;
- в возрасте от 20 до 35 лет;
- не имеющая медицинских противопоказаний к суррогатному материнству;
- имеющая ребенка;
- не признанная судом недееспособной, не лишенная родительских прав, не совершившая тяжких преступлений и т. д.

Суррогатная мать не может одновременно быть донором яйцеклетки в отношении женщины, заключившей с ней договор суррогатного материнства.

В нашей стране уже существует ряд агентств, занимающихся подбором суррогатных матерей для заказчиков из Беларуси и зарубежья. При этом вознаграждение суррогатной матери, ориентируясь на заявленные на сайтах цены, составляет от 10 000 до 11 000 долларов США, кроме того, суррогатной матери выплачивается ежемесячно около 350 долларов США в течение 10 месяцев, а также оказывается денежная компенсация на одежду во время беременности.

К моральным проблемам суррогатного материнства можно отнести следующие:

1. Все моральные проблемы донорства половых клеток, если при проведении процедуры оплодотворения суррогатной матери были использованы не только биологические материалы заказчиков, но и донорские яйцеклетки или сперматозоиды.

2. Все моральные проблемы, связанные с ЭКО, поскольку технически суррогатное материнство основывается на данной процедуре.

3. Наиболее дискуссионный вопрос суррогатного материнства связан с приоритетом материнских прав. Кто имеет больше прав на будущего ребенка: биологические родители или выносившая его женщина? Законодатели разных стран решают данный вопрос по-разному. В России, например, суррогатная мать имеет преимущественное право на ребенка. В Америке и Беларуси преимущественные права на ребенка имеют родители-заказчики.

4. Важная проблема суррогатного материнства связана с его коммерческим характером, что формирует отношение к женщине как к инкубатору по вынашиванию детей, а к ребенку как к товару, за который можно заплатить.

5. Суррогатное материнство вызывает много юридических сложностей, возникающих тогда, когда в стране разрешена посмертная репродукция. В результате этого могут возникать ситуации, когда бабушка не может оформить на себя детей, полученных от суррогатной матери, поскольку юридически она является им одновременно и бабушкой, и матерью (случай Натальи Климовой в России).

6. Критикуют суррогатное материнство и за то, что оно является косвенной поддержкой нетрадиционных (однополых) вариантов семьи.

3.4. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ КОНТРАЦЕПЦИИ, СТЕРИЛИЗАЦИИ И ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Проблема контроля рождаемости актуальна не только сегодня, она поднималась еще в древнем обществе. Так, африканки использовали в качестве контрацептивов порубленную траву, японки — бамбуковую бумагу, а жительницы Средиземноморья — морские губки. Современная медицина предлагает людям целый ряд контрацептивных средств, препятствующих зачатию.

Для оценки эффективности контрацепции используют индекс Перля, показывающий, сколько женщин из 100 забеременели, используя данный метод контрацепции в течение года. При незащищенном половом акте индекс Перля составляет 80–85.

Принято выделять следующие **виды контрацепции**:

- 1) естественные (температурный, календарный, цервикальный методы и т. д.);
- 2) барьерные (презерватив, фемидом, маточные колпачки и диафрагмы);
- 3) гормональные (комбинированные оральные контрацептивы (эстроген и прогестин), мини-пили (прогестин) и т. д.);
- 4) химические (аэрозоли, кремы, свечи);
- 5) внутриматочные спирали.

Наиболее радикальным методом контрацепции является **стерилизация**, которая может быть обратимой или необратимой. В Беларуси стерилизация осуществляется только:

- в государственных организациях здравоохранения;
- по письменному заявлению пациента старше 35 лет или пациента, имеющего не менее 2 детей;
- при наличии медицинских показаний и письменного согласия независимо от возраста и наличия детей.

Наиболее четкую позицию в отношении контрацептивов имеют религиозные конфессии. В частности, Католическая церковь запрещает использование верующими любых способов контрацепции, кроме естественных. Православная церковь считает этически допустимым использование презерватива. Другие конфессии, такие как ислам или иудаизм, разрешают применение контрацепции в ограниченном количестве при наличии уважительных причин.

Основные *этические проблемы контрацепции* связаны с тем, что:

1. Использование некоторых видов контрацепции имеет негативные медицинские последствия для здоровья женщины.
2. Многие виды противозачаточных средств (спирали, гормональные контрацептивы) не препятствуют самому моменту оплодотворения, но искусственно прерывают жизнь эмбриона на очень ранних сроках, действуя абортивно.
3. Контрацептивы косвенно поощряют распущенность и безответственное сексуальное поведение.
4. Намеренный отказ от рождения детей связан с эгоизмом и гедонистическим отношением к браку.

Пренатальная диагностика — комплексная дородовая диагностика с целью обнаружения патологии на стадии внутриутробного развития. К методам пренатальной диагностики относят неинвазивные (УЗИ), а также инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона, биопсия плаценты, кордоцентез или фетоскопия), с помощью которых делают заборы клеточных материалов эмбриона для последующего генетического анализа.

Важнейшие *этические проблемы, связанные с осуществлением пренатальной диагностики*, следующие:

1. К сожалению, зачастую целью пренатальной диагностики оказывается не подготовить врачей и будущих родителей к появлению на свет ребенка с особенностями в развитии, а рекомендовать аборт в случае обнаружения заболевания. Причем с ростом возможностей генетики список заболеваний, которые медики могут выявить на ранних сроках развития плода, с каждым днем увеличивается, таким образом, растет и перечень медицинских показаний к аборту.
2. Сама идея о том, что аборт является единственным выходом в ситуации обнаружения тяжелых наследственных заболеваний у плода, является дискриминационной, нарушает человеческое разнообразие, права инвалидов и фактически делает пренатальную диагностику одним из способов евгеники.
3. Можно выделить и отрицательное влияние пренатальной диагностики на психологическое (стресс, страх получить плохой результат) и физическое (в силу возможных побочных эффектов) состояние женщины.
4. Осложнения после процедур пренатальной диагностики. Так, амниоцентез и биопсия хориона может вызвать утечку околоплодной жидкости, которая может привести к гибели здорового плода или к аномалиям в развитии. Частота самопроизвольного выкидыша и внутриутробной гибели плода после амниоцентеза составляет в среднем 1 %, после биопсии хориона и плацентоцентеза — 2–4 %, после кордоцентеза — 1–2 %, а после фетоскопии — 7–8 %.
5. Существует также вероятность ошибки либо погрешности в данных, полученных в результате пренатальной диагностики, которые в случае рекомендации аборта приводят к умерщвлению совершенно здорового эмбриона.

Таким образом, этически приемлемой пренатальная диагностика является только в случае ее обоснованного и добровольного проведения с учетом соотношения всех рисков и возможных выгод от данной процедуры и с обязательным уважением права будущих родителей родить и физически неполноценного ребенка.

Темы рефератов:

1. Жизнь как ценность в различных философских системах.
2. Право эмбриона на жизнь.
3. Исторический аспект проблемы искусственного аборта.
4. Искусственный аборт: мотивы и последствия.
5. Контроль над воспроизводством: этический аспект.
6. Этико-правовое регулирование новых репродуктивных технологий в Республике Беларусь.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чем заключается суть проблемы статуса эмбриона?
2. Какие подходы сложились к проблеме статуса эмбриона? Какой из них кажется вам наиболее убедительным?
3. Охарактеризуйте юридические аспекты искусственного аборта.
4. Имеет ли право врач отказаться от проведения искусственного аборта на основании своих нравственных и религиозных убеждений?
5. Что такое «социальные показания» к прерыванию беременности и что к ним относится на сегодняшний день в Беларуси?
6. Назовите основные аргументы сторонников абортот.
7. Какие репродуктивные технологии разрешены в Республике Беларусь?
8. Что относят к этическим проблемам донорства половых клеток?
9. Перечислите основные этические проблемы ЭКО.
10. Перечислите основные этические проблемы суррогатного материнства.

ТЕМА 4. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СМЕРТИ И УМИРАНИЯ

Никто не знает, что такое смерть — вполне возможно, что это величайшее добро для людей. Однако, все ее боятся, как будто смерть — величайшее зло.

Платон

1. Смерть как этико-философская проблема.
2. Проблема смерти в медицине, современные критерии смерти.
3. Психология пациентов в терминальном состоянии и право на смерть с достоинством.

Ключевые слова: медицина, медицина смерти, биологическая смерть, клиническая смерть, смерть мозга, три этических принципа констатации смерти мозга, право на смерть с достоинством, классификация Э. Кюблер-Росс, эвтаназия, добровольная эвтаназия, принудительная эвтаназия, активная эвтаназия, пассивная эвтаназия, паллиативная помощь, качество жизни, хосписы.

4.1. СМЕРТЬ КАК ЭТИКО-ФИЛОСОФСКАЯ ПРОБЛЕМА

За развитием человеческой цивилизации, как утверждал З. Фрейд, стоят всего два основополагающих инстинкта: Эрос и Танатос, или любовь и смерть. Именно поэтому тема смерти красной нитью проходит через всю человеческую культуру, подтверждением чему является ее центральная роль в мифе, религии и философии.

Смерть в мифологии различных народов мира. Изначально проблема смерти рассматривалась в рамках мифологического и религиозного сознания. Попытки объяснить, что происходит с человеком после окончания земного пути, можно найти уже в Шумеро-аккадской мифологии. Здесь хтонический мир населен демонами и душами мертвых людей, при этом последние влачат жалкое существование и откровенно скучают.

Верили в загробную жизнь и кельты, оставляя для своих умерших еду, повозки с лошадьми, различные ювелирные украшения. Среди них была распространена вера в переселение душ, что по сути является одной из первых попыток человека уменьшить страх перед собственной смертностью.

В мифологии древних индусов встречаются попытки объяснить происхождение смерти с практической точки зрения: Брахма сделал всех существ смертными, чтобы избежать перенаселения Земли по ее же просьбе. Смерть здесь описывается как прекрасная женщина с темными глазами в бордовом платье и с венком из вечно свежих лотосов.

В мифологии древнего Китая отношение к смерти было отрицательным, поскольку жизнь для этой традиции была наивысшим благом.

Греческая мифология отличалась широкой разработанностью тематики смерти, а также глубоким символизмом, оставившим след во всей культуре европейской цивилизации. Царство мертвых было невыносимо мрачным, темным местом, вернуться откуда удавалось лишь немногим героям. Во главе этого места находился

бог Аид, представлявшийся грекам унылым и страшным одновременно. Мир людей и мир мертвых разделяла река Стикс, символизировавшая переход.

Говоря о мифологическом мировоззрении, необходимо отметить, что здесь выделяются две центральные, противоположные друг другу по сути идеи: идея вечного возвращения и идея вечной смерти. Мифологическое мышление с характерным для него символизмом осмысливало смерть в образах переправы, прекрасной женщины, скелета, змеи и др. По сути это были первые попытки человечества справиться с извечно преследовавшим его страхом смерти.

Представления о смерти в религиозном мировоззрении. Доктрина любого религиозного учения уделяет загробной жизни огромное внимание, как правило, здесь тема посмертного существования связана с понятием воздаяния. Первые попытки связать земную жизнь человека и потустороннюю наблюдаются уже в древнем Египте, примером этому служит «Книга мертвых» и суд Осириса.

В таких индийских религиях, как джайнизм и индуизм, основополагающей является вера в реинкарнацию — перевоплощение душ. Последующая жизнь зависит от совокупности хороших и плохих поступков в предыдущем воплощении (карма). Буддизм связывал череду перерождений с понятием «я» и «мое», выход из колеса сансары (перерождения) возможен только путем отказа от вышеназванных концептов.

В авраамических религиях — иудаизме, христианстве и исламе — с потусторонним существованием связано вечное блаженство и награда за добродетельное поведение в этой жизни. Земная жизнь рассматривается здесь лишь как подготовка к вечности в горнем мире. У человека есть лишь один шанс на обретение вечного блаженства, и воспользоваться им он может лишь в случае абсолютного послушания. Оправдание смысла жизни человека кроется в надежде на посмертное вознаграждение и наказание.

Современный мир характеризуется множественностью религиозных течений с прямо противоположными воззрениями на проблему смертности человека, среди них встречаются и достаточно оптимистические версии. Так, последователи сравнительно молодой религии бахаи рассматривают смерть как возможность освобождения и предлагают относиться к этому событию с радостью.

Представления о смерти в философских концепциях. Осмысление темы смерти мы находим уже в древневосточной философии. Здесь небытие рассматривается как необходимое условие всякого бытия, а следовательно, категории смерти и жизни также являются неразрывно связанными. Присутствуют школы, отрицающие посмертное существование и, наоборот, поддерживающие эту идею. Так, школа *чарвака* утверждает, что земная жизнь — это единственно возможный вариант существования, затем человеческое тело распадется и рассеется во мраке веков, поэтому цель нашего существования — радость пусть и временного, но наслаждения телом. Такой способ осмысления проблемы смерти называется материалистическим.

Ради справедливости стоит отметить, что представители чарвака скорее исключение, нежели правило для древнеиндийской философии. Традиционная ведическая традиция, являющаяся идеалистической по своей сути, утверждала, что главной целью человека является достижение рая (сварги). Также для древнеин-

дийской философии актуальна идея восприятия жизни как страдания, лишь смерть до следующего перерождения может дать передышку. Кульминации данная идея достигает в буддизме.

Действительно философское осмысление проблемы смерти начинается с Древней Греции. Понятие смерти для греков неразрывно связано с фатумом (судьбой), сама смерть рассматривается отрицательно, а царство мертвых (Аид), исходя из текстов (например, Сенека «Нравственные письма к Луцилию») производит достаточно тягостное впечатление. Для преодоления страха смерти и объяснения трагичности существования человека разрабатываются различные концепции. Например, Эпикур отрицает значимость смерти для человека: «Самое ужасное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда она есть, нас уже нет». Не подлежит сомнению, что Эпикура мы также можем отнести к материалистической традиции.

На противоположных, идеалистических позициях стоял еще один философ, внесший огромный вклад в осмысление проблемы мортализма, — Платон. Для более подробного изучения его взглядов на этот вопрос всем желающим можно ознакомиться с диалогом «Федон», посвященный последнему дню жизни Сократа. Согласно Платону, человек состоит из тела и души, если телесная оболочка после смерти разрушается, то с душой дело обстоит абсолютно иначе — она предстает перед судом. Злодеев после суда ждет Тартар, мудрецы отправляются в божественный мир идей, души же обычных людей обречены на новое рождение.

Для эллинистического периода характерно презрительное отношение к смерти, попытка осознать собственную конечность без страха и слез. У Сенеки мы встречаем такие слова: «Смерть утоляет все боли. Она — их конец, и наши страдания не идут дальше нее. Она снова приводит нас к тому состоянию покоя, в котором мы пребывали до нашего рождения».

Преодоление страха смерти являлось первоочередной задачей каждого мудреца. Вместе с тем тема личного бессмертия не является самой главной, гораздо актуальнее для поздней греческой, а затем и римской традиции является доброе имя, а также своеобразная постановочность смерти как последнего театрального акта (в качестве примера можно вспомнить смерть Нерона с его последним «какой актер умирает»).

Смена эпох и ценностных ориентиров, связанных с падением Рима и становлением новой христианской цивилизации, изменила и отношение к смерти. Теперь смерть стала рассматриваться не как неопровержимое зло, а как возможность воскресения — перехода в лучшую жизнь (для праведников, разумеется). Изменяется также и подход в ее осмыслении. Здесь уже смерть из чисто философской проблематики, доступной лишь избранным интеллектуалам, превращается в вопрос, который стоит перед каждым человеком. Происходит это потому, что Христос умирает не как Бог, не как избранный, а как последний человек, опустившийся на самое дно общества. Недаром неоднократно подчеркивается, что для него избирают рабскую казнь. Христианская цивилизация вносит в поле философской рефлексии запрещенную ранее для рефлексии проблему страха смерти, а также связанных с ней страданий. Таким образом, перед лицом европейской культуры уже сформулированы два основных подхода: либо отрицать страх смерти, либо смириться с ним.

Принцип «memento mori», сформулированный впервые во времена античности в трудах стоиков, постепенно в эпоху Средневековья, а затем и Возрождения становится краеугольным камнем мировоззрения человека, лик ее принимает зловещий характер. Тут стоит упомянуть пляски смерти, призванные показать, что перед ней все равны. Разговоры о смерти не являются табуированными, они занимают центральное место: «Человек Средневековья, отвергнувший все земное, давно уже задерживал свой духовный взор на мрачной картине копошащихся червей и жалкого праха. В религиозных трактатах о презрении к миру богословы уже возглашали неотвратимость леденящих ужасов разложения»¹.

В эпоху Возрождения смерть вновь идеализируется, она начинает рассматриваться как счастливый сон, страх перед которым следует преодолеть. Умирание становится регламентированным процессом, доказательством чему может, например, служить знаменитое произведение Дж. Савонаролы «Искусство благой смерти», где подробнейшим образом описывается, как подготовиться к уходу задолго до окончания земного существования.

Классическая новоевропейская философия рассматривает смерть через призму достижений науки. Философами ставятся новые вопросы, ответы на которые смогут найти лишь в XX в. Френсис Бекон, пытаясь нивелировать страх смерти сопричастностью величию природы и творчеству, рассматривает крайне важную проблему для последующего развития медицины и биомедицины: помощи умирающему человеку. В его трудах также впервые находит употребление термин «эвтаназия»: «Долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями... даже и в том случае, когда уже нет никакой надежды на спасение и можно лишь сделать саму смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем»².

Обращение к теме страха смерти, а затем его преодоление как в философской парадигме, так и в мировоззрении человека Нового Времени связаны с появлением феномена изучения самой смерти специалистами-медиками, а также с тем, что на первое место выходят ценности, связанные с земной жизнью и ее удовольствиями.

Философы эпохи Просвещения также предпочитают по отношению к смерти руководствоваться моделью Сократа. Например, Дени Дидро отмечает: «Если бояться смерти, ничего хорошего не сделаешь; если все равно умираешь из-за какого-нибудь камушка в мочевом пузыре, от припадка подагры или по другой столь же нелепой причине, то уж лучше умереть за какое-нибудь великое дело». Культ разума является основополагающим для данной эпохи, соответственно, страх смерти прочно ассоциируется с невежеством, если человек знает, что из себя представляет смерть, знаком с физическими процессами, то этот феномен не представляет для него ничего ужасающего.

Проблема конечности человеческого существования затрагивается и в немецкой классической философии, а именно в работах Иммануила Канта и Георга Вильгельма Фридриха Гегеля.

¹ Хейзинга Й. Осень средневековья. Москва, 1995.

² Бэкон Ф. Сочинения: в 2 т. Т. 2. Москва, 1978.

Проблема смерти не является центральной для творчества И. Канта, однако он нередко возвращается к ней. Философ размышляет над вопросом иммортализма, отмечая, что бессмертие вместе с проблемой свободы и Бога относятся к трансцендентальным идеям, а следовательно, мы не можем сказать о них ничего конкретного. Рассматривается философом и проблема эвтаназии в строго негативном ключе, он утверждает, что ни одна просьба о помощи в скорейшей кончине от умирающего человека не является настоящей.

Классическая философская традиция прерывается, чтобы уступить место неклассической, а вместе с ней изменяются и акценты в осмыслении проблематики смерти. Наиболее ярко данная тема рассматривается в творчестве Фридриха Ницше. Философия Ницше дала миру множество радикальных идей, подтачивающих ценности мира христианской цивилизации, не обошел философ вниманием и врачей. В работе «Сумерки богов, или как философствуют молотом» он обращается к морали врачей, размышляя над вопросом об ответственности медицинских работников по отношению к тому, что называют «вырождением жизни». Также автор оправдывает эвтаназию, говоря о том, что лучше «гордо умереть, если нет возможности гордо жить».

В XX в. Мартин Хайдеггер уже рассматривает любое человеческое бытие как «бытие к смерти». Осознание смертности позволяет сконструировать субъективное человеческое бытие и определить его индивидуальность, именно смерть позволяет нам взять ответственность за собственное личное существование.

В настоящее время философия отличается плюрализмом подходов по отношению к проблеме смерти, среди них можно выделить следующие: культурно-исторический (Ф. Арьес, А. Я. Гуревич, П. С. Гуревич, В. М. Розин), герменевтический (М. М. Бахтин, В. Л. Рабинович, М. С. Уваров), дискурсивно-семиотический (М. Фуко, Ж. Бодрийяр, М. Бланшо, Ж. Деррида, А. В. Демичев, В. А. Подорога), системно-структурный (Б. М. Полосухин, В. В. Налимов), теософский (Н. О. Лосский, Н. Ф. Федоров, В. Соловьев), психоаналитический (З. Фрейд, К. Юнг, Ж. Лакан), клинический (Э. Кюблер-Росс, Р. Моуди, С. Гроф, Л. Уотсон, В. А. Неговский).

4.2. ПРОБЛЕМА СМЕРТИ В МЕДИЦИНЕ, СОВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ СМЕРТИ

В настоящее время врач выступает в качестве посредника между человеком и его смертью. Но так было далеко не всегда. До определенного периода врач не имел никакого отношения к последним минутам жизни пациента, а для констатации смерти еще пару столетий назад приглашался священник. Понятие смерти и ее признаков стало входить в сферу медицины только после распространения такого явления, как **медиализация смерти**.

Само понятие **медиализации** означает, что состояние человека и его проблемы начинают рассматриваться сквозь призму медицины и таким образом попадают в сферу деятельности врачей. Данная категория прочно связана с такими категориями как, например, биовласть. В современной рефлексии термин «медиализация» обладает негативным значением и означает чаще всего объяснение нравственно нежелательного или социально девиантного поведения с помощью медицинских терминов (например, алкоголизация). В более широком смысле медиализация трактуется в качестве вхождения медицинского языка в массовый обиход.

Медикализация смерти означает, что констатация смерти и связанные с ней процедуры, такие, например, как свидетельство о смерти на основе экспертного заключения, относятся к сфере медицины. Исследователи (в частности, М. Фуко) отмечают, что началом феномена медикализации смерти является сдвиг с идеи христианского спасения в сторону концепта «здоровья».

Явление это связано с фобиями, долгое время царившими в мировоззрении человека XVII–XVIII вв.: людьми овладели массовые страхи проснуться однажды на дне могилы.

Врачи в это время еще не занимались констатацией смерти и освидетельствованием умершего, более того, как только диагностировалась близкая кончина, врач считал своим долгом покинуть дом пациента, а родные приглашали священника. Это не означает, что врачи не имели дела с угасанием жизни человека, их специально учили распознавать признаки, свидетельствующие о скором уходе человека, для того, чтобы вовремя прекращать лечение.

Однако в свете распространившейся в обществе паники, связанной с боязнью быть захороненными заживо, врачу пришлось взять на себя новые функции. Это привело к тому, что констатация смерти в настоящее время осуществляется только медицинскими работниками.

С точки зрения биомедэтики, это явление имеет как позитивные, так и негативные последствия. С одной стороны, именно врач до последнего борется за жизнь пациента, и вполне логично, что он должен быть тем, кто первым поймет необходимость прекратить лечение и помочь человеку подготовиться к переходу в иное измерение. С другой стороны, именно здесь актуализируется проблема биовласти в медицине: только врачу дается прерогатива и право быть свидетелями смерти, поскольку только им общество предоставляет данное право, ни философы, ни богословы больше не имеют должного авторитета с точки зрения социума размышлять о данной проблеме¹. Это ведет к тому, что теперь врачи вправе присваивать онтологический статус «мертвого» одним и отказывать ему другим, что, в свою очередь, ведет к актуализации вопросов «сырья» для фармацевтической промышленности и фетальной терапии. Очерченные этические «больные места» требуют безотлагательного решения, однако и в настоящее время они входят в круг «открытых» проблем биомедэтики.

Результатом медикализации смерти стал вопрос определения критериев смерти. В истории рассмотрения данной проблемы можно выделить несколько основных периодов. Первый из них является наиболее долговременным, за точку начала его хронологического отсчета следует брать осознание человеком собственной конечности, а конца — примерно 50-е гг. XX в. В это время смерть из экзистенциального, личного события, рассматривавшегося статично, перешла в разряд возможно обратимого процесса.

Предтечей второго периода можно считать два знаковых события. Говоря о первом, нужно отметить, что в начале XX в. в медицине начинает развиваться танатология (сам термин был введен в научный оборот в 1912 г. Рошелем Парком). **Танатология** (от др.-греч. *θάνατος* — смерть и *λόγος* — учение) как раздел тео-

¹ Тищенко П. Д. Биовласть в эпоху биотехнологий. Москва, 2001.

ретической и практической медицины была научно обоснована Ильей Ильичом Мечниковым. Основным объектом исследования новой отрасли стал процесс наблюдения за умиранием безнадежно больных пациентов.

Вторым знаковым событием явилось создание в 1936 г. в СССР советским патофизиологом, основателем направления реаниматологии — Неговским Владимиром Александровичем — Лаборатории экспериментальной физиологии по оживлению организма. Именно этот ученый одним из первых внес весомый вклад в разработку концепций терминальных состояний человеческого организма.

В. А. Неговский впервые выделил два основных этапа смерти: клиническую и биологическую смерть. Им же впервые была определена проблема смерти мозга. В записях В. А. Неговский отмечает: «Долгое время существовало представление, что последнее сокращение сердца есть последний «аккорд» жизни. Мы теперь уже не говорим так, поскольку после прекращения работы сердца состояние организма еще в нескольких минут остается обратимым с точки зрения восстановления функций центральной нервной системы. В действительности же последним «аккордом» жизни являются остающиеся еще признаки жизнеспособности мозга»¹.

В настоящее время медицина оперирует следующими понятиями: преагональное состояние, терминальная пауза, агония, клиническая смерть, биологическая смерть и смерть мозга. В круг непосредственных интересов биомедицины входят категории клинической смерти, биологической смерти, смерти мозга и связанные с ними проблемы морально-этического характера.

Клиническая смерть — состояние, при котором при внешних признаках смерти организма сохраняется определенная возможность восстановления его жизненных функций путем применения методов реанимации.

Биологическая смерть — наличие посмертных изменений во всех органах и системах, носящих постоянный, необратимый, трупный характер.

Смерть мозга — необратимое прекращение его функций, при этом процессы, необходимые для жизнедеятельности организма, могут поддерживаться с помощью специальных аппаратов и медикаментозных средств.

Основополагающей в случае обратимости признаков смерти становится проблема целесообразности продления жизни в определенных состояниях. Для ее решения необходимо ответить на вопрос: чем является клиническая смерть?

В рамках биомедицинской этики существуют 2 принципиально разных подхода к этому понятию. В. А. Неговский рассматривал клиническую смерть как один из этапов умирания, в то время как А. Я. Иванюшкин определил ее в качестве специфической формы жизни. Постановка данной проблемы ведет за собой следующие сложности: какой этап деградации жизненно важных процессов в организме может быть определен в качестве критерия смерти? В настоящее время таким критерием выступает смерть мозга. Его введение позволило решить, как минимум, две проблемы: прекращение бесполезного лечения безнадежно больных пациентов, а также решение юридических, моральных и медицинских проблем, связанных с изъятием органов для последующей трансплантации.

¹ Мороз В. В. К 100-летию академика РАМН Владимира Александровича Неговского // Общая реаниматология. 2009. Т. 1.

Вокруг названного нововведения возник ряд вопросов, основополагающим среди которых, с точки зрения биомедицинской этики, был: не является ли введение данного критерия уступкой утилитарному подходу? Не начинает ли человек рассматриваться лишь с точки зрения принесения пользы? Насколько гуманна эта новация?

Введение критерия «смерти мозга» повлекло за собой ряд проблем. С философской точки зрения, возникал вопрос: данное состояние следует рассматривать в качестве определенной фазы жизни или все-таки как смерть личности? А без личностного аспекта говорить о жизни собственно человека бессмысленно? В отношении трансплантологии эта дилемма приобретает поистине трагический характер: насколько оправдано спасение жизни одного человека смертью другого? Следствием постановки этих вопросов явилась разработка Гарвардских диагностических критериев смерти мозга и Сиднейской декларации.

В противовес выдвигаемым сомнениям необходимо учитывать, что мировой опыт подтверждает, что диагностика смерти мозга, если она выполняется при соблюдении всех необходимых инструкций, является абсолютно надежной. У пациентов со смертью мозга впоследствии на протяжении 1–2 дней, как правило, отказывает сердце. Констатация смерти мозга — одна из наиболее тщательно регламентируемых процедур, что сводит к минимуму возможность любой ошибки.

С моральной точки зрения, диагностика смерти мозга должна базироваться на соблюдении трех **этических принципов констатации смерти мозга**: принципа единого подхода, принципа коллегиальности и принципа независимости.

Принцип единого подхода означает, что состояние пациента будет рассматриваться одинаково равно, вне зависимости от того, будет ли в дальнейшем произведен забор органов для трансплантации.

Принцип коллегиальности здесь означает, что диагностика смерти мозга должна осуществляться несколькими врачами.

Принцип независимости означает, что в случае дальнейшей процедуры по забору органов констатация смерти, эксплантация и пересадка осуществляются разными специалистами.

4.3. ПСИХОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ В ТЕРМИНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ И ПРАВО НА СМЕРТЬ С ДОСТОИНСТВОМ

Специфика человеческой природы заключается в осознании собственной смертности. В целом, она представляется нам как некий далекий горизонт, очерчивающий рамки жизни. Однако ситуация коренным образом изменяется, когда человек осознает, что жить ему осталось лишь строго определенный период времени.

Поскольку процесс умирания благодаря современным технологиям часто растягивается, человек прекрасно понимает, что с ним происходит, и стремится найти поддержку у близких ему лиц, способных стать для него точкой опоры. Поэтому как для близких, так и для медицинского персонала чрезвычайно важно знать психологию пациентов в терминальном состоянии.

Динамика психологических состояний умирающего была подробнейшим образом проанализирована в 60-е гг. XX в. известным исследователем-психологом Элизабет Кюблер-Росс. Результаты исследования были представлены в книге

«О смерти и умирании». Нужно отметить, что именно этот автор впервые в своей работе подняла вопрос о **праве на смерть с достоинством**. Суть этого права в современности определяется как возможность для пациента в терминальном состоянии жить благодаря целостному акту физического, социального, психологического и духовного бытия по возможности без ухудшения качества самой жизни.

Классификация Э. Кюблер-Росс выделяет **пять классических фаз психологического состояния пациента в терминальном состоянии**.

Отрицание болезни (анозогнозическая стадия). Пациент отказывается верить в поставленный диагноз, тешит себя надеждой в возможность врачебной ошибки. Отмечается своеобразное расщепление понимания ситуации, пациент не может осознать, что все это происходит именно с ним. В это же время могут возникнуть страх темноты, страх заснуть и больше не проснуться, оживают воспоминания о различных ситуациях, несших угрозу жизни для человека, и т. д. Как правило, данные явления связаны с психологическим переживанием умирания.

Протест (дисфорическая стадия). Пациент начинает задавать себе вопрос, почему это случилось именно с ним. Здесь возможны приступы гнева, отчаянья. Характерными являются ненависть к здоровым людям, постоянные претензии к работе врачей и т. д. На этапе дисфорической фазы происходит осознание собственной болезни, поэтому чувства гнева и ненависти являются закономерным результатом появления понимания реальной и близкой конечности собственной жизни. Названные выше эмоции также выполняют функцию своеобразной психологической помощи: они позволяют человеку смириться со страхом перед тем, что казалось всегда далеким и нереальным — своей скорой смертью.

«Торг» (аутосуггестивная стадия). Осознав реальное положение вещей, пациент пытается вымолить себе жизнь, заключив своего рода сделку. Для этой стадии характерны походы к различным шарлатанам, обращение к гадалкам, обостряется вера в знаки судьбы (например, если мимо окна палаты пролетает голубь, то пациент верит, что поправится). Многие пациенты на этой стадии приходят к Богу, становятся примерными верующими, пытаются таким образом получить отсрочку свыше, также начинают тщательно выполнять все предписания врачей, собирать рассказы о внезапном чудодейственном выздоровлении.

Депрессия. Характеризуется потерей всякого интереса к жизни, часто сопровождается чувствами отчаяния и ужаса. В это время, как правило, люди начинают жалеть о былых ошибках, промахах, нередко терзаются чувством вины по отношению к своим близким. Таким образом люди пытаются найти ответ на вопрос, за какие поступки им была дана эта болезнь. Эту стадию можно сравнить с переживанием утраты своей жизни, оплакиванием себя. Именно сейчас многие пациенты в терминальном состоянии решаются на составление завещания. Нередко в это же время близкие человеку люди, изможденные происходящим, начинают избегать контакта с ним, что еще более усугубляет ситуацию. В этот момент перед медицинским персоналом стоит задача, помимо всего прочего, помочь родственникам вернуться к пациенту, объяснить им, что на самом деле происходит с ним.

Принятие собственной смертности (апатическая стадия). В этой фазе пациент, наконец, смиряется с неизбежным и начинает тратить оставшееся у него время на то, что ему действительно дорого. Это может быть семья либо какие-то

увлечения, которым он не уделял достаточно времени, отложенные поездки, желания научиться чему-то. Еще одна важная характеристика этого периода — смирение. Измученный страданиями человек жаждет лишь одного — уснуть, наконец, навсегда. На этой стадии также может возникнуть чувство одиночества, поэтому задача как врачей, так и близких человеку людей дать понять, что он не останется встречать свою смерть один.

Концепция Э. Кюблер-Росс прекрасно описывает основные психологические состояния пациента в терминальном состоянии. Тем не менее у нее имеются определенные недостатки, на которые указывают исследователи:

1. Через все названные стадии проходят далеко не все пациенты, очередность фаз также часто не соблюдается.

2. Кюблер-Росс не использовала научных методов, все ее беседы с пациентами были приватными и носили личный характер.

3. Классификация является в определенной степени волюнтаристской, поскольку описывает то, как должны себя чувствовать пациенты, а не то, как они себя чувствуют на самом деле.

Моральный и правовой аспекты эвтаназии. Еще одна грань проблемы смерти с достоинством — дискуссия вокруг права на собственную смерть, а именно применение эвтаназии.

Эвтаназия (от греч. εὖ — хорошо и θάνατος — смерть) — термин, впервые введенный философом Ф. Бэконом, означающий возможность прекращения жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием. В настоящее время понятие эвтаназии включает в себя три аспекта: смерть, средства для ее осуществления и действия, направленные на получение результата.

Различают следующие виды эвтаназии: добровольную, принудительную, пассивную и активную.

Добровольная эвтаназия — прекращение жизни пациента по его требованию. При этом необходимыми условиями являются осознанное требование человека и его компетентность в данном вопросе.

Процедура **принудительной эвтаназии** не нуждается в согласии самого пациента. Право на решение здесь остается либо за законодательными институтами, либо за родственниками пациента.

Активная эвтаназия означает смерть с применением определенных медикаментозных средств.

Пассивная эвтаназия по сути является отказом от поддерживающей организм пациента терапии.

Запрет на эвтаназию встречается еще в клятве Гиппократата, тем не менее эта практика имеет достаточно древние корни (убийство стариков и немощных младенцев в Спарте) и характерна не только для архаических сообществ, но, например, и для христианской цивилизации. Свидетельством этому является история кортика-мизерикордии (в переводе с латинского — милосердие), использовавшегося для убийства тяжело раненых на поле боя в Средние века.

Тема эвтаназии впервые стала широко обсуждаться в начале XX в. Целый ряд мыслителей, таких как К. Биндинг в работе «Разрешение на уничтожение жизни, недостойной жизни», Э. Манн в работе «Спасение человечества от бедствий»,

Э. Мальцер «Право на убийство», отказывали в праве на жизнь людям, качество жизни которых по физическим характеристикам находится ниже нуля. В практическом аспекте такое оправдание права на убийство привело к созданию печально известной программы умерщвления Т-4. Согласно ей, право на жизнь не имели люди с психическими расстройствами, умственно отсталые, наследственно отягощенные пациенты. Позже в нее были включены инвалиды и люди, болеющие более 5 лет.

Рассмотрение права на смерть как неотъемлемого права человеческой личности становится популярной темой обсуждения в 30-е гг. XX в. Начинают появляться многочисленные сообщества в поддержку этой идеи в различных странах, а в конце 80-х гг. была создана Всемирная федерация обществ за право умереть достойно.

Основное этическое противоречие, связанное с проведением процедуры эвтаназии, заключается в явном противоречии между долгом врача, обусловленным базовым принципом «не навреди», и правом человека самостоятельно распоряжаться своей жизнью и смертью. В связи с этим эвтаназия не имеет однозначной оценки с этической точки зрения.

Современными теоретиками биоэтики выдвигаются следующие *аргументы в пользу этой процедуры*:

1. Жизнь может рассматриваться в качестве блага только в том случае, когда уровень удовольствия качественно и количественно выше, чем уровень страдания.
2. Жизнь человека — это жизнь в сфере «разумного», связанного с культурой, нравственными отношениями, даже самим понятием разумного.
3. Поддержание жизни умирающего человека также неэффективно с точки зрения экономического критерия.

Против проведения этой процедуры также выдвигаются весомые аргументы:

1. Происходит подмена понятий, речь в данном случае не идет о жизни-благе и жизни-страдании, а об отсутствии либо наличии жизни вообще.
2. Основной принцип биоэтики гласит: «я жизнь, которая хочет жить среди других жизней». Следовательно, любая жизнь ценна сама по себе, независимо от рамок культуры и разумности. Исходя из этого эвтаназия недопустима.
3. Экономический критерий проведения эвтаназии не может быть оправдан с нравственной точки зрения.

В праве на эвтаназию различают либеральный и консервативный подход. *Либеральный подход* отмечает, что человек сам волен распоряжаться всеми аспектами собственной жизни, у него есть право на самостоятельное принятие решений по жизненно важным вопросам, а смерть как раз и является одним из них.

Консервативный подход отмечает, что момент рождения человека не связан с его желанием, никто не спрашивает человека, желает ли он появиться в этом мире. Исходя из этой логики, смерть человека — также вопрос, находящийся вне его юрисдикции. В основном данный подход разрабатывается в рамках религиозных концепций.

Вся суть этических проблем во время работы с пациентами в терминальном состоянии прекрасно проиллюстрирована в диалоге двух древнегреческих мудрецов — Диогена и Антисфена. Антисфен, тяжело боля, спрашивает Диогена, кто может помочь избавиться ему от боли. Диоген в ответ указывает на нож, на что

Антисфен со вполне справедливым гневом отвечает: «Я хочу, чтобы меня избавили от боли, а не от жизни!».

Альтернативной эвтаназии является предоставление на высоком уровне паллиативной помощи, а также развитие хосписов.

Паллиативная помощь (от лат. pallium — покрывало, плащ) — облегчение страданий тяжелобольных пациентов. Основной принцип паллиативной помощи заключается не в лечении болезни и выздоровлении пациента, а в попытке уменьшить как физическую боль, так и психологические страдания человека.

В 2002 г. ВОЗ дала следующее определение паллиативной помощи: «активная, всесторонняя помощь пациентам, страдающим далеко зашедшим прогрессирующим заболеванием, основными задачами которой являются купирование боли и других синдромов, решение психологических, социальных и духовных проблем».

Основопологающим понятием паллиативной помощи и ее главной целью является *качество жизни*. Данная категория определяется как степень удовлетворенности человеком условиями собственного существования. Оно включает в себя психологический, духовный, социальный, эмоциональный и физический аспекты. Качество жизни является субъективным чувством и, как правило, связано с наличием позитивного отношения к жизни. Известный онколог Кеннет Калман определяет его как разрыв между ожиданиями пациента и его реальным состоянием.

На определение качества жизни пациента влияют следующие аспекты: собственный статус (физическая активность, психологическое и когнитивное состояние), обеспеченность паллиативной помощи и степень ее доступности, окружающая обстановка, включающая в себя внутреннюю (убранство комнаты, палаты), так и внешнюю, включающую степень удовлетворенности эстетическим компонентом (доступность природы, предметов искусства), взаимоотношения с близкими людьми. Также предельно важен внутренний настрой.

Цели и задачи паллиативной помощи заключаются в первую очередь в купировании болевых синдромов, облегчении психологического состояния пациента и его семьи, обучению отношению людей к смерти как естественному процессу, а также оказание всесторонней поддержки в решении юридических, этических и социальных проблем, связанных с тяжелыми заболеваниями.

Частью паллиативной помощи является паллиативная медицина. Это область медицины, связанная не с лечением, а с облегчением страданий пациента. Как правило, она применяется, когда все возможности радикального лечения уже исчерпаны.

Большую помощь в улучшении качества жизни пациентов в терминальном состоянии и их семьи оказывают **хосписы**. Это слово имеет латинское происхождение и первоначально обозначало приют для пилигримов. В настоящее время хоспис является специальным видом медико-социального учреждения, оказывающего помощь неизлечимым пациентам. Важно понимать, что хосписы ставят своей целью обеспечить человеку приемлемое качество жизни вплоть до самого ее окончания. После смерти пациента, как правило, работники хосписа оказывают психологическую поддержку его близким. Помощь в хосписах предоставляется безвозмездно и включает не только медицинский уход, но и помощь пациенту в терминальном состоянии в преодолении страха смерти и одиночества, проявлении милосердия, на-

сыщенное и активное использование человеком оставшейся у него жизни. Хоспис оказывает как стационарную (круглосуточно), так и амбулаторную помощь (для этого существуют бригады «хоспис на дому»).

Основополагающими принципами хосписов являются **принцип сохранения человеческого достоинства и целостности личности**. В такого рода учреждениях также практикуется принцип «открытости диагноза». Это означает, что вопрос — сообщить пациенту его диагноз или нет — в каждом случае рассматривается индивидуально, при этом учитывается само желание пациента получить либо не получить информацию о своем заболевании.

В настоящее время в Республике Беларусь также существует система хосписов, оказывающих помощь тяжелобольным в соответствии с основными принципами паллиативной помощи. В 2016 г. благодаря пожертвованиям неравнодушных белорусов открылось новое здание первого Белорусского детского хосписа в поселке Опытный под Боровлянами. Этот проект по сути был народной стройкой (бюджетные средства при его возведении не использовались) и явился прекрасным доказательством тому, насколько отзывчивой, сплоченной и милосердной является белорусская нация.

Темы рефератов:

1. Смерть в исторических типах мировоззрения (мифология, религия, философия).
2. Исторические воззрения на эвтаназию.
3. Самоубийство и проблема моральной ответственности.
4. Психология пациентов в терминальном состоянии. Концепция Кюблер-Росс «смерть как «стадия роста».
5. Этико-деонтологические принципы в онкологии.
6. Хосписы в Беларуси.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что понимается под понятием медиализации смерти?
2. Как рассматривается проблема смерти в рамках медицины, религии, философии?
3. Определите значение термина «танатология».
4. Дайте определение понятию клинической смерти.
5. Дайте определение понятию биологической смерти.
6. Дайте определение понятию смерти мозга.
7. Объясните сущность трех этических принципов констатации смерти мозга.
8. Что такое «право на смерть с достоинством»?
9. Опишите сущность концепции Э. Кюблер-Росс.
10. В чем заключаются цели и задачи паллиативной помощи?

ТЕМА 5. ЭТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Особое значение идея жертвы получает в современной медицине, в частности, в трансплантологии, где она приобретает форму «дарения органов» и становится новым символом любви, взаимной заботы и спасения жизни.

И. В. Силуянова

1. **Трансплантация органов и тканей: исторический аспект.**
2. **Моральные проблемы трансплантологии и право.**

Ключевые понятия: трансплантология, трансплантация, забор органов, реципиент, умерший донор, аутотрансплантация, изогенная трансплантация, аллотрансплантация, ксенотрансплантация, права донора и реципиента, распределение дефицитных ресурсов, презумпция согласия и презумпция несогласия.

5.1. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Трансплантология, как наука, лишь в последние четыре десятилетия перешла от экспериментального к клиническому этапу своего развития, но уже сегодня мечта человечества о замене заболевших органов новыми покинула область фантастики и разрабатывается во многих странах. В настоящее время не только решены «технические» проблемы, связанные с возможностями осуществления подобных операций, но и найдены способы преодоления иммунобиологического барьера несовместимости. Казалось бы, отныне перед медиками открываются ничем не ограниченные перспективы спасения жизни одного человека за счет органов другого. Однако это самое «за счет» и порождает те сложности, которые нельзя не учитывать.

Трансплантология — это отрасль биологии и медицины, изучающая проблемы трансплантации, разрабатывающая методы консервирования органов и тканей, создания и применения искусственных органов. Она зародилась как наука и как метод лечения, который сейчас спасает сотни тысяч жизней, в середине XX в.

Трансплантация (от лат. *transplantare* — пересаживать) — в медицине пересадка какого-либо органа или ткани с последующим их приживлением (почки, сердца, печени, легкого, костного мозга, стволовых гемопоэтических клеток, волос).

В Законе Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» даны определения нижеприведенных терминов.

Трансплантация — замещение у реципиента путем проведения медицинского вмешательства отсутствующих или поврежденных органов и (или) тканей человека, не способных выполнять свои жизненно важные функции, органами и (или) тканями человека, полученными в результате забора органов.

Забор органов — медицинское вмешательство по изъятию органов и (или) тканей у живого или умершего донора.

Органы и (или) ткани человека — анатомические образования (целые органы, фрагменты органов, комбинации клеток), не определяющие отличительных черт личности.

Реципиент — пациент, которому осуществляется трансплантация.

Смерть — необратимое прекращение деятельности головного мозга человека (смерть головного мозга), при котором искусственно с помощью лекарственных средств и медицинской техники могут временно поддерживаться его сердечная деятельность и дыхание.

Умерший донор — тело человека, у которого после смерти осуществляется забор органов для трансплантации реципиенту.

Различают следующие **виды трансплантации**:

- аутотрансплантация (аутологичная трансплантация) — реципиент является донором для самого себя;
- изогенная трансплантация — донором трансплантата является полностью генетически и иммунологически идентичный реципиенту однояйцевый близнец реципиента;
- аллотрансплантация (гомотрансплантация) — донором трансплантата является генетически и иммунологически отличающийся человеческий организм;
- ксенотрансплантация (межвидовая трансплантация) — трансплантация органов от животного другого биологического вида;
- трансплантация искусственных органов.

Если заглянуть в историю, можно увидеть, что человечество давно интересовалась идея о возможности замены одного органа, который болен, другим органом, который здоров. Историки медицины определяют этап научной трансплантации XIX веком.

Первые исследования связывают с итальянским врачом *Баронио* и немецким врачом *Райзиндером*. В этот период особое значение имеет деятельность выдающегося русского хирурга и анатома *Николая Ивановича Пирогова* (1810–1881) по созданию костнопластической хирургии. Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило открытие русских хирургов — переливание трупной крови. Это стало толчком к созданию первого советского законодательства о праве изъятия у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц. Первое отделение по заготовке трупной крови в научно-исследовательском институте им. Н. В. Склифосовского явилось прообразом «банка органов», созданного впоследствии в США.

Основоположником экспериментальной трансплантации жизненно важных органов (сердца) является *Алексис Каррель* (1873–1944), удостоенный Нобелевской премии по физиологии и медицине в 1912 г. «За признание работы по сосудистому шву и трансплантации кровеносных сосудов и органов». Будучи под впечатлением от смерти президента Франции *Мари Франсуа Карно* в 1894 г. от кровотечения при повреждении артерии после нападения террориста, А. Каррель с 1902 г. начал заниматься разработкой методов сшивания кровеносных сосудов. Он проводил исследования по трансплантации органов в эксперименте, их консервации и технике наложения сосудистых анастомозов. Он разработал основные принципы консервации донорского органа, его перфузии.

Первую трансплантацию органа от человека к человеку в 1933 г. в Херсоне выполнил советский хирург, доктор медицинских наук, профессор *Юрий Юрьевич Вороной* (1895–1961). Он впервые в мире осуществил пересадку трупной почки. Вопросами трансплантологии Вороной заинтересовался еще в 1920-е гг. и принимал участие в экспериментах по пересадке почки, позже начал заниматься проблемами трансплантации органов — яичек и почки (освоил технику сосудистого шва, провел экспериментальные операции свободного пересаживания яичек, почки, отрезанной целой ноги собаки). В 1930 г. в Харькове на Всесоюзном съезде физиологов впервые продемонстрировал пересадку почки на шею собаки.

Одним из основоположников трансплантологии является российский ученый *Владимир Петрович Демихов* (1916–1998). Он очень рано начал научную деятельность, и будучи студентом третьего курса, в 1937 г. сконструировал и собственными руками изготовил первое в мире искусственное сердце и вживил его собаке, которая жила два часа. В 1946 г. В. Демиховым впервые в мире было успешно пересажено собаке второе сердце, а вскоре он смог полностью заменить сердечно-легочный комплекс, что стало мировой сенсацией. Это доказывало возможность проведения подобной операции на человеке.

Впервые в мире осуществил успешную трансплантацию сердца человеку в 1967 г. в Кейптауне южноафриканский кардиохирург, хирург-трансплантолог и общественный деятель *Кристиан Нетлинг Барнард* (1922–2001). Сердце погибшей накануне в автокатастрофе 25-летней женщины с согласия ее семьи было пересажено 54-летнему мужчине, страдавшему неизлечимым сердечным заболеванием и диабетом. Барнарду помогал его брат Мариус, а также медицинская бригада из тридцати человек. Операция длилась примерно пять часов. Несмотря на то, что операция была проведена безукоризненно, пришедший полностью в себя пациент прожил лишь 18 дней. Стоит отметить, что Барнард считал Демихова своим учителем, проходил стажировку у Демихова, которого позже называл «безусловно заслуживающим звания отца трансплантологии сердца и легких».

Первая успешная пересадка почки была осуществлена в 1954 г. между двумя идентичными братьями-близнецами группой врачей под руководством американского хирурга-трансплантолога *Джозефа Мюррея* (1919–2012). Джозеф Мюррей продолжил исследования и добился возможности пересадки почки от неродственного донора, а также исследовал свойства иммунодепрессантов и механизм отторжения. Дж. Мюррей получил Нобелевскую премию по медицине в 1990 г. вместе с Эдвардом Томасом «за открытия, касающиеся трансплантации органов и клеток при лечении болезней». *Эдвард Донналл Томас* (1920–2012) первым осуществил пересадку костного мозга человеку при лечении лейкемии.

Пересадка легкого впервые была проведена в 1963 г. доктором *Джеймсом Харди* в клинике Университета Миссисипи, однако пациент скончался через несколько дней после операции.

В 1965 г. первую в СССР успешную трансплантацию почки в клинических условиях произвел хирург, академик, общественный деятель *Борис Васильевич Петровский* (1908–2004). Первая параллельная трансплантация поджелудочной железы и почки одному человеку проводилась врачами *Ричардом Лиллихеймом* и *Ульямом Келли* в 1966 г.

Первую трансплантацию печени выполнил в 1967 г. американский хирург-трансплантолог, ученый *Томас Старзл* (1926–2017). Он известен как «отец современной трансплантации». Разрабатывал методики иммуносупрессивной терапии, методику мультиорганного изъятия донорских органов. Это один из наиболее цитируемых ученых в области клинической медицины в мире.

Успешная трансплантация одного легкого удалась *Джозелу Куперу* в 1983 г., он же в 1986 г. провел удачную пересадку двух легких.

В России первым провел пересадку сердца выдающийся хирург, академик Российской академии наук *Валерий Иванович Шумаков* (1931–2008) в 1987 г. В настоящее время его имя носит институт трансплантологии и искусственных органов в Москве, считающийся головным учреждением Российской Федерации в области клинической и экспериментальной трансплантологии.

В июне 2008 г. была проведена первая пересадка человеческого органа, выращенного из стволовых клеток, профессором *Паоло Макиарини* в клинике Барселоны. Пациентом была взрослая женщина, чья трахея пострадала от туберкулеза. Трахея была создана по сложной технологии: медики использовали трахею недавно умершего человека, и, нейтрализовав в ней химическими препаратами живые клетки, ввели в волокнистую белковую ткань стволовые клетки, взятые из костного мозга пациентки. Эти клетки развивались четыре дня в специальном био-реакторе, после чего трахея была готова для пересадки. Через месяц кровоснабжение пересаженного органа полностью восстановилось.

В Беларуси для развития трансплантации важное значение имеют такие вехи, как:

– 1970 г. — первая трансплантация почки в БССР, выполненная в 4-й городской больнице г. Минска белорусским ученым в области хирургии, академиком *Николаем Евсеевичем Савченко* (1922–2001). Он является инициатором создания и руководителем Белорусского центра нефрологии и трансплантации почки, где выполнены оригинальные работы по консервации почек (аппаратная консервация);

– 1997 г. — принятие Закона Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г. В 2007, 2012 гг. были внесены изменения и дополнения в Закон Республики Беларусь по вопросам трансплантации органов и тканей человека;

– 2008 г. — открытие первого отделения по координации органного донорства в стране. Была проведена первая операция по трансплантации печени хирургом, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом *Олегом Олеговичем Руммо* в 9-й городской больнице г. Минска;

– 2009 г. — впервые выполнена трансплантация сердца, а также трансплантации комплекса почки и поджелудочной железы доктором медицинских наук, профессором, академиком *Юрием Петровичем Островским* в РНПЦ «Кардиология»;

– 2010 г. — сделана пересадка части печени от живого донора маленьким детям. Позже была выполнена первая операция по пересадке почки с ее извлечением лапароскопическим путем и последующей трансплантацией живому родственному донору;

- 2012 г. — впервые пересажено сердце и почка одновременно;
- 2013 г. — белорусские хирурги отделения торакальной хирургии и трансплантации легких при 9-й городской клинической больнице вторыми в мире выполнили сложнейшую операцию — аутотрансплантацию базальных сегментов нижней доли легкого. Первая подобная операция была проведена в Японии;
- 2015 г. — впервые в Беларуси проведена операция по трансплантации легкого;
- 2016 г. — впервые пересажен комплекс «сердце – легкие» под руководством *Ю. П. Островского*. После уникальной пересадки сердца и легкого в комплексе редакция портала tut.by номинировала Ю. Островского и коллег на звание «Герои года», и по итогам голосования пользователей они заняли первое место;
- 2017 г. — за 5 месяцев этого года выполнено свыше 200 операций по пересадке почки, печени, сердца и других органов: 175 пересадок почки, 15 — сердца, 32 — печени. Кроме того, проведены 3 операции по трансплантации легких (1 — в 9-й больнице, в РНПЦ трансплантации органов и тканей, 2 — в РНПЦ «Кардиология»). Выполнены также 2 операции по пересадке комплекса «поджелудочная железа – почка» и 2 операции по трансплантации комплекса «печень – почка».

По показателю количества трансплантаций Беларусь находится на первом месте в СНГ. А по итогам работы за 2016 г. по уровню развития органного донорства страна заняла 10-е место в мире. В Беларуси на один миллион жителей приходится 50 трансплантаций. Руководитель РНПЦ трансплантации органов и тканей Олег Руммо отметил, что такого гроссмейстерского показателя могут достичь не более 20 стран. Например, в 2012 г. бывший глава службы израильской внешней разведки «Мосад» Меир Даган приехал в Беларусь на пересадку печени, потому что на родине ему в такой операции в силу возраста (старше 65 лет) отказали, а в США или Германии пришлось бы очень долго ждать. После операции Меир Даган прожил еще пять с половиной лет.

Активно проводят белорусские трансплантологи мастер-классы в Кыргызстане, Казахстане, России, Украине. Белорусские врачи провели первые трансплантации печени и почки в истории Казахстана и Кыргызстана. В 2017 г. исполнится 5 лет, как наши специалисты выполнили первую пересадку почки ребенку в Астане (Казахстан). В конце октября 2017 г. белорусские врачи провели на юбилейной международной конференции в Астане мастер-классы (операции по пересадке почки самым тяжелым детям), а также успешно пересадили печень годовалому малышу.

Белорусские трансплантологи известны во всем мире. Достаточно широко в нашей стране проводится пересадка тканей: роговицы, кожи и костной ткани. Выполняется трансплантация стволовых клеток человека. Белорусские врачи поддерживают тесную связь с Европейским комитетом по трансплантации органов.

5.2. МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ И ПРАВО

Правовое и этическое регулирование механизмов трансплантации органов и тканей человека является одним из важнейших направлений биоэтики. В большинстве стран мира приняты основные законы о трансплантации органов и тканей

человека, которые опираются на важные международные этические документы, регламентирующие трансплантацию:

- Декларация относительно трансплантации человеческих органов, принятая 39-й Всемирной медицинской ассамблеей (Мадрид, 1987);
- Положение о трансплантации фетальных тканей, принятое 41-й Всемирной медицинской ассамблеей (Гонконг, 1989).

В Республике Беларусь был принят Закон «О трансплантации органов и тканей человека» от 4 марта 1997 г., где оговариваются права донора и реципиента, ограничения при пересадке органов и ответственность учреждений здравоохранения и медицинского персонала. Со временем возникла необходимость принятия новой редакции этого Закона и были внесены новые дополнения дважды: в 2007 и 2012 гг. (в редакции Законов Республики Беларусь от 9 января 2007 г. №207-З, от 13 июля 2012 г. №407-З); даны новые определения терминов (близкие родственники, гемопоэтические стволовые клетки, живой донор, забор органов и (или) ткани человека, смерть, умерший донор); более четко определены порядок и условия выполнения трансплантации органов и тканей; определены организации, занимающиеся трансплантацией органов и тканей; определены права и обязанности живого донора, и установлены четкие ограничения, связанные с забором органов для трансплантации у живого донора и др.

В настоящее время современными исследователями выделяется целый ряд проблем, связанных с вопросами биоэтических норм, которые становятся актуальными в связи с активным развитием трансплантологии. К наиболее острым относят проблемы: справедливости в распределении между потенциальными реципиентами дефицитных ресурсов (органов и тканей) трансплантологии, моральные проблемы процедуры забора органов от живых доноров, пересадки органов от трупа, этические проблемы, связанные с торговлей человеческими органам и тканями, проблему донора (особенно при трансплантации таких непарных жизненно важных органов, как сердце, печень, поджелудочная железа и т. д.).

Проблема справедливости в распределении дефицитных ресурсов (органов и тканей). В современной медицине продолжается процесс расширения показаний к различным видам пересадок, что является следствием «дефицита донорских органов». В любой момент времени приблизительно до 10 000 человек ожидают донорский орган. Это заставляет врачей-трансплантологов искать дополнительные источники донорского материала (путем определения «момента смерти», «ранней констатации смерти мозга», выявления «потенциальных доноров» и т. д.). И здесь существует опасность нарушения справедливости в распределении органов и тканей. Например, возникает вопрос о том, кому из многих нуждающихся достанется вновь появившийся здоровый орган в условиях дефицита донорских органов: самому тяжелому пациенту, пациенту с наиболее благоприятным прогнозом, наиболее ценному для общества пациенту (известный политик, художник) или самому «богатому» пациенту. В нашей стране пересадку сердца ожидают примерно 20 человек, а комплекса «сердце – легкие» — 15–20 белорусов.

Некоторой гарантией справедливости при распределении донорских органов является включение реципиентов в трансплантологические программы, которые формируются на базе «листа ожидания», где «равные права» реализуются через ме-

ханизм выбора по медицинским показаниям, тяжести состояния пациента-реципиента, показателям иммунологической или генотипической характеристики донора.

В соответствии с принятыми международными и отечественными принципами главным критерием, влияющим на решение врача, является степень иммунологической совместимости пары донор – реципиент. Орган получает не тот, у кого выше или ниже положение, не тот, у кого больший или меньший доход, а тот, кому больше подходит орган по иммунологическим показателям.

Существует база данных донорских органов и их иммунологических показателей. При появлении донорского органа его биологические данные начинают сравнивать с биологическими параметрами людей, находящихся в «листе ожидания». Орган отдают тому реципиенту, чьи параметры более совместимы с органом. Данный принцип распределения считается наиболее справедливым и вполне оправданным с медицинской точки зрения, т. к. способствует снижению вероятности отторжения данного органа.

В том случае, если донорский орган подходит нескольким реципиентам, в действие вступает второй критерий — критерий степени тяжести реципиента. Например, состояние одного реципиента позволяет ждать еще полгода, а другого — не более недели. Орган отдают тому, кто меньше может ждать. Обычно на этом распределение заканчивается.

Как быть в ситуации, когда двум реципиентам орган практически одинаково подходит и они оба находятся в критическом состоянии и не могут долго ждать? В этом случае решение принимается на основании критерия очередности. Врач также должен принимать в расчет длительность нахождения реципиента в «листе ожидания». Предпочтение отдают тому, кто раньше «встал» в «лист ожидания».

Помимо трех названных критериев, в соответствии с действующим законодательством, учитывается расстояние (удаленность) реципиента от места нахождения донорского органа, т. к. время между изъятием органа и его пересадкой строго ограничено. Одним из органов с наименьшим сроком для пересадки является сердце (около пяти часов). И если время, затраченное на преодоление расстояния между органом и реципиентом, больше времени «жизни» органа, то донорский орган отдают реципиенту, находящемуся на более близком расстоянии.

Программами также предусмотрен обмен донорскими трансплантатами трансплантационных объединений. К известным трансплантационным центрам относятся Евротрансплантант, Франс-трансплант, Скандиотрансплант, Норд-Италия-трансплант и др.

В десятках клиник мира лежат сотни пациентов с почечной недостаточностью и другими заболеваниями. Они живут только потому, что несколько раз в день подключаются к аппарату «искусственная почка» и ждут подходящего донора. Их ткани можно заблаговременно типировать, и сведения отправить в единый центр, такой как Евротрансплантант. Деятельность этой организации заключается в следующем: на карточках печатаются кандидаты для пересадки почек, их группы лейкоцитов и группы крови, а также другая информация, которая сохраняется в памяти счетно-вычислительного устройства. Каждый месяц счетно-вычислительное устройство делает фотоотпечаток, в котором все эти реципиенты распределены в

таблицах согласно их группам лейкоцитов. Для любого случайного донора может быть найден сходный реципиент. Вопрос только в организации связи и быстрой доставки пересаживаемого органа, пока он еще не погиб. Эти фотоотпечатки отсылаются различным центрам, которые связаны с Евротрансплантом. Если один из таких центров имеет потенциального донора, то этот центр связывается по телефону с ближайшим, наиболее подходящим реципиентом. Врач, на попечении которого находится донор, должен связаться с врачом, под наблюдением которого находится пациент.

Такая система распределения органов является гарантией от всевозможных злоупотреблений, а рекомендации по созданию «системы заготовки донорских органов на региональном или национальных уровнях» оценивается как одно из общих этических правил.

В нашей стране, несомненно, необходим национальный центр по трансплантации органов, который будет эффективно и четко обеспечивать связь со всеми реанимационными центрами республики, в том числе и в рамках международного сотрудничества, с целью организации действенной и качественной помощи пациентам и предупреждения злоупотреблений, где соблюдается деонтологический принцип коллегиальности при принятии решений.

Этико-правовые аспекты процедуры забора органов от живых доноров. При пересадке органа от живого донора речь идет об изъятии только тех органов или тканей, без которых донор в состоянии продолжать полноценную жизнь. Наиболее часто заимствуется почка, проводятся также операции по пересадке части печени. Безусловно, донор идет на определенный риск, связанный, во-первых, с самой операцией по изъятию органа и, во-вторых, с возможностью нежелательных последствий, которые могут обнаруживаться спустя месяцы и даже годы после операции.

Основные проблемы, возникающие при пересадке от живого донора, связаны с тем, в какой мере и каким образом может быть гарантировано подлинно добровольное согласие донора. Не может считаться добровольным согласие, даваемое по принуждению. Спорным считается согласие, при котором донор получает вознаграждение, а проще говоря, продает свой орган.

В Законе Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека» (статья 7. Ограничение круга живых доноров) четко указано, кто не может быть живым донором:

- лица, не являющиеся супругом (супругой) или близкими родственниками реципиента (за исключением случаев забора костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток);
- несовершеннолетние лица (за исключением случаев забора костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток);
- лица, признанные в установленном порядке недееспособными, а также лица, страдающие психическими расстройствами (заболеваниями);
- лица, у которых обнаружены заболевания, являющиеся опасными для жизни и здоровья реципиента;
- беременные женщины;
- дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей.

Забор органов для трансплантации у живого донора разрешается при соблюдении следующих условий (статья 8. Условия забора органов для трансплантации у живого донора):

- письменного предупреждения данного живого донора лечащим врачом государственной организации здравоохранения о возможном ухудшении его здоровья в связи с забором органов для трансплантации;

- наличия добровольного согласия данного живого донора на забор органов, выраженного в письменной форме, удостоверенного нотариально (за исключением случая, указанного в части второй настоящей статьи);

- проведения медицинского осмотра данного живого донора и наличия заключения врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения о возможности забора у него органов для трансплантации;

- забор костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток у несовершеннолетнего лица, которое не приобрело дееспособности в полном объеме, осуществляется с письменного согласия его законного представителя, удостоверенного нотариально, и органа опеки и попечительства. При письменном или устном возращении несовершеннолетнего лица забор костного мозга, гемопоэтических стволовых клеток не допускается;

- у живого донора для трансплантации может производиться забор только одного из парных органов, фрагмента непарного органа, ткани, отсутствие которых не вызывает необратимых процессов в организме;

- принуждение лица к согласию на забор у него органов запрещается.

В законе прописаны также права живого донора (статья 9. Права живого донора). Перед забором органов живой донор имеет право на получение полной и объективной информации о состоянии своего здоровья и последствиях, которые могут наступить в связи с осуществлением забора органов. Согласие на забор органов может быть в любой момент отозвано, за исключением случаев, когда врачи-специалисты уже приступили к забору органов и его прекращение либо возврат к первоначальному состоянию невозможны или связаны с угрозой для жизни либо здоровья живого донора, в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

Живой донор после осуществления у него забора органов имеет право на получение компенсации расходов, связанных с необходимостью восстановления его здоровья в связи с забором органов; получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 % заработка на период нетрудоспособности, наступившей в связи с забором органов; инвалидность живого донора, наступившая в связи с забором органов, приравнивается к инвалидности, связанной с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием. Порядок выдачи и размеры этой компенсации определяются Советом Министров Республики Беларусь.

Также донор, давший согласие на пересадку своих органов или тканей, обязан сообщить известные ему сведения о перенесенных им либо имеющихся у него болезнях и вредных привычках.

Стоит отметить, что забор органов и тканей человека осуществляется только в государственных учреждениях здравоохранения, а трансплантация органов и

тканей человека — в специализированных подразделениях учреждений здравоохранения, включенных в перечень, утверждаемый республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Этико-правовые аспекты процедуры забора органов от умерших доноров. Целый спектр моральных и юридических проблем появляется с связи с изъятием и пересадкой органов и тканей от умершего донора. Прежде всего необходимо конкретизировать понятие «умерший донор». Согласно традиционным критериям, смерть констатируется при необратимом прекращении работы сердца и легких. Но какой же смысл пересаживать нежизнеспособные органы? А если эти органы жизнеспособны, то можно ли признать человека умершим?

Использование органов умерших доноров стало возможно после того, как был узаконен новый критерий «смерть мозга». После наступления смерти мозга в течение нескольких дней еще можно искусственно поддерживать вегетативные функции организма, в частности, работу сердца, легких, печени. Бурное обсуждение смерти мозга началось после первой пересадки сердца, сделанной К. Бернардом в 1967 г. Один год спустя специальный комитет Гарвардской медицинской школы для изучения определения «смерти мозга» издал свои критерии для смерти мозга и определил необратимую кому как новый критерий для смерти.

Трансплантология ставит медиков перед сложнейшей в моральном отношении ситуацией. С одной стороны, они должны делать все возможное для спасения жизни пациента, с другой — чем раньше начнутся манипуляции по забору из его тела органов и тканей, тем большая вероятность того, что их пересадка будет успешной. Как бы то ни было, для разрешения коллизии между необходимостью бороться за жизнь умирающего и необходимостью скорее получить органы для пересадки принимаются специальные меры.

Согласно Закону Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека», изъятие у умершего донора органов и тканей для трансплантации возможно только в случае необратимых потерь функции головного мозга («смерти мозга»), зафиксированных консилиумом врачей.

Особые дискуссии вызывают как среди специалистов, так и среди всех, кто интересуется проблемами трансплантологии, две юридические модели забора органов от умерших доноров: **презумпция согласия (неиспрошенное согласие)** и **презумпция несогласия (испрошенное согласие)**.

Первая юридическая модель — презумпция согласия (неиспрошенное согласие) — предполагает, что забор и использование органов от умершего осуществляется в случае, если умерший при жизни не высказывал возражений против этого или если возражения не высказывают его родственники. Отсутствие выраженного отказа трактуется как согласие, т. е. практически каждый человек автоматически превращается в донора после смерти, если он не высказал своего отрицательного отношения к пересадке органа. Презумпция согласия является одной из двух основных юридических моделей регулирования процедурой получения согласия на изъятие органов от умерших людей. Этой модели придерживаются такие страны, как Беларусь, Австрия, Бельгия, Франция, Финляндия, Польша, Венгрия, Латвия, Эстония, Литва, Греция, Португалия, Чехия, Словакия, Россия.

Также существует чистая презумпция согласия, которая дает возможность немедленной практической реализации презумпции согласия. Если в лечебном учреждении, где умер пациент, нет данных о запрете умершим человеком использовать его органы для трансплантации, они могут быть изъяты. Такой подход используется в Австрии, Франции, Бельгии. У населения этих стран существует солидарность — социальное чувство необходимости приносить пользу.

Вторая юридическая модель — презумпция несогласия (испрошенное согласие) — означает, что до своей кончины умерший явно заявлял о своем согласии на изъятие органа либо член семьи четко выражает согласие на изъятие в том случае, когда умерший не оставил подобного заявления. Доктрина испрошенного согласия предполагает определенное документальное подтвержденное согласие. Примером подобного документа являются «карточки донора», получаемые, например, в США теми, кто высказывает свое согласие на донорство, или согласие фиксируется в водительском удостоверении человека. Так, в Германии действует Закон «О пожертвовании, изъятии и пересадке органов» от 5 ноября 1997 г., в котором предусмотрены два варианта изъятия органов (тканей) с целью трансплантации: прямое разрешение потенциального донора, оформленное еще при жизни (к паспорту прилагается вкладыш, где указывается согласие); согласие родственников при отсутствии заявления донора.

Доктрина испрошенного согласия принята в законодательствах по здравоохранению в таких странах, как Германия, США, Канада, Ирландия, Голландия, Швейцария, Австралия, Латинская Америка, Люксембург, Словения.

Стоит отметить, что принцип презумпции несогласия имеет ряд существенных недостатков: многие граждане отказываются при себе иметь карточку донора или вкладыш в водительское удостоверение из-за страха, что они не получат оперативное лечение при травме, хотя и согласны после смерти отдать орган. Кроме того, при отсутствии этих данных родственники в условиях стресса чаще всего не дают согласия. Родственники не всегда бывают при констатации смерти пациента. Более того, у родственников всегда есть возможность оспорить любой документ, подписанный умершим, и найти юридические мотивы для возбуждения уголовного дела.

Специалисты, как правило, считают, что принцип презумпции согласия является более эффективным, т. е. более соответствует целям и интересам клинической трансплантации, а процесс получения согласия на изъятие органов является основным фактором, сдерживающим развитие (расширение) донорства.

Так, в Великобритании принцип презумпции несогласия заменен на презумпцию согласия. В белорусском Законе «О трансплантации органов и тканей человека» закреплена такая норма, как презумпция согласия, т. е. человек, который при жизни не выразил своего несогласия, таким образом выразил свое согласие на посмертную трансплантацию органов.

По мнению многих врачей, оптимальным выступает введение системы испрошенного согласия, что позволит создать банк данных о потенциальных донорах, облегчить возможность более раннего получения сведений для оптимального подбора реципиента для донора.

В целях осуществления контроля за использованием органов и (или) тканей человека, а также оперативного оказания медицинской помощи лицам, нуж-

дающимся в трансплантации, Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 марта 2013 г. был создан Единый регистр трансплантации на базе Республиканского центра трансплантации органов и тканей при 9-й городской клинической больнице г. Минска. Сведения, включенные в Единый регистр, составляют врачебную тайну.

Государственная организация здравоохранения после поступления заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти направляет в Министерство здравоохранения сведения о несогласии лица на эксплантацию. Государственная организация здравоохранения, осуществившая трансплантацию органа (органов) и (или) тканей, в течение двух рабочих дней с даты проведения трансплантации направляет в Министерство здравоохранения сведения о пациенте, которому выполнена трансплантация органа (органов) и (или) тканей. О включении сведений в Единый регистр государственные организации здравоохранения, направившие соответствующие сведения, уведомляются не позднее одного рабочего дня со дня их включения в Единый регистр.

Согласно статье 10-1 Право граждан на выражение несогласия на забор органов для трансплантации после смерти, дееспособные граждане вправе представить в государственную организацию здравоохранения по месту жительства (месту пребывания), а также в иную государственную организацию здравоохранения, в которой им оказывается медицинская помощь, письменное заявление о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. В отношении лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, данное заявление представляется супругом (супругой) или одним из близких родственников. После этого руководитель государственной организации здравоохранения, руководитель структурного подразделения государственной организации здравоохранения или лица, исполняющие их обязанности, в течение шести часов с момента представления в государственную организацию здравоохранения письменного заявления о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти представляют соответствующую информацию в Министерство здравоохранения Республики Беларусь для включения в Единый регистр трансплантации.

Законом определены также условия забора органов у умершего донора (статья 11):

- забор органов у умершего донора разрешается с момента констатации смерти;
- забор органов у умершего донора не допускается, если при жизни данное лицо либо лица, указанные в части первой статьи 10-1 настоящего Закона, до его смерти заявили о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти;
- забор органов у умершего донора также не допускается, если руководителям государственной организации здравоохранения до момента забора органов представлено заявление о несогласии на забор органов для трансплантации, написанное супругом (супругой), а при его (ее) отсутствии — одним из близких родственников или законным представителем умершего донора;
- забор органов у умершего донора не допускается также в случае, если государственная организация здравоохранения, орган Государственного комитета

судебных экспертиз Республики Беларусь были поставлены в известность о несогласии лица на забор органов для трансплантации до его смерти путем устного или письменного заявления;

– запрещается участие врачей-специалистов, которые будут осуществлять трансплантацию, а также членов бригад, обеспечивающих забор органов, в констатации смерти человека, тело которого предполагается использовать для забора органов;

– государственная организация здравоохранения, орган Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь после получения письменного разрешения на забор органов у умершего донора, выданного соответственно государственным медицинским судебным экспертом либо врачом-патологоанатомом, незамедлительно уведомляют органы прокуратуры о предстоящем заборе органов у умершего донора, подвергаемого впоследствии судебно-медицинской экспертизе или патологоанатомическому исследованию.

Коммерческое использование органов запрещено, но тем не менее известно, что в ряде стран мира такая практика имеется. На законодательном уровне Иран является единственной страной в мире, где купля-продажа почки является легальной. В Иране доноры защищены на законодательном уровне с гарантированной качественной медицинской помощью и выплатой денежных средств. С донором обязательно заключается договор с указанием финансовой основы.

Согласно Закону Республики Беларусь, органы и ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также рекламирование потребностей в органах и тканях человека с целью предложения вознаграждения за их получение влечет за собой уголовную ответственность.

Забор органов и тканей человека проводится только в государственных учреждениях здравоохранения, а трансплантация органов и тканей человека — в специализированных подразделениях учреждений здравоохранения, включенных в специальные перечни, утверждаемые республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Таким образом, существуют основные положения, используемые в трансплантологии:

1. Органы человека не могут рассматриваться как объект купли и продажи. Органы и (или) ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер. Совершение возмездных сделок, а также реклама спроса и (или) предложений органов и (или) тканей человека запрещаются.

2. Неприемлемо сокращение жизни одного человека, в том числе через отказ от жизнеподдерживающих процедур, с целью продления жизни другого.

3. Приоритет распределения донорских органов не должен определяться выявлением преимущества отдельных групп и специальным финансированием.

4. При распределении донорских органов учитывается три критерия: иммунологическая совместимость пары донор – реципиент; степень тяжести состояния реципиента (приоритет реципиента, находящегося в угрожающем состоянии); очередь (длительность нахождения в «листе ожидания»).

5. Морально не допустимо использовать наиболее незащищенных и находящихся в экстремальных ситуациях контингентов людей: бездомных, пациентов психиатрических клиник, детей.

Согласно Закону Республики Беларусь, перечень органов и тканей человека, подлежащих трансплантации, определяется республиканским органом государственного управления, ведающим вопросами здравоохранения.

Действия настоящего Закона не распространяются на использование органов, их частей и тканей, имеющих отношение к процессу воспроизводства человека (яйцеклетка, сперма, яичники, яички либо эмбрионы), крови и ее компонентов, а также на тканевые компоненты, используемые для приготовления препаратов и пересаженных материалов.

В заключение хотелось бы отметить, что трансплантология в настоящее время — это вершина здравоохранения. Нет той области медицины, где она не применяется (офтальмология, кардиология, онкология и др.). Отлаженная система работы со средствами массовой информации, общественными организациями и религиозными конфессиями — залог успеха. Ни одна отрасль медицины не зависит в столь высокой степени от общественного доверия, как трансплантология. Всемирный конгресс по трансплантологии в 1990 г. отметил, что трансплантология — единственная область медицины, которая не может существовать без публичного участия.

Позиция Православной и Католической Церкви в отношении трансплантологии положительная, но при условии, что это добровольное прижизненное согласие донора. В «Основах социальной концепции Русской Православной Церкви», принятой на архиерейском соборе Русской Православной Церкви 5 августа 2000 г. (XII. 7. Проблемы биоэтики), прямо говорится, что донорство внутренних органов есть пример жертвенной любви к ближнему, заповеданной нам Христом: «Современная трансплантология позволяет оказать действенную помощь многим больным, которые прежде были бы обречены на неизбежную смерть или тяжелую инвалидность... Пересадка органов от живого донора может основываться только на добровольном самопожертвовании ради спасения жизни другого человека. В этом случае согласие на эксплантацию (изъятие органа) становится проявлением любви и сострадания». В то же время отказ от донорства не должен восприниматься как негативное свидетельство о гражданине или христианине.

Председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга протоиерей Сергей Филимонов отметил: «Это хороший шаг, когда человек и после смерти хочет совершить доброе дело», а митрополит Рязанский и Михайловский Марк подчеркнул: «Сама по себе идея отдать свой орган, чтобы ближнему была сохранена жизнь, является благородной целью, это идея жертвенной любви, пример которой показал нам Иисус Христос».

Католическая Церковь рассматривает трансплантацию органов положительно. В «Катехизисе Католической Церкви», утвержденном Папой Иоанном Павлом II от 25 июня 1992 г. сказано: «Пересадка органов морально приемлема при согласии донора и при отсутствии чрезмерной опасности для его жизни. Для благородного дела дарования своих органов после смерти необходимо окончательно подтвердить факт кончины донора» (2296). Выступая в 2000 г. на Международном конгрессе по

трансплантации, Папа Иоанн Павел II заявил, что эта практика является «великим завоеванием науки на служении человеку».

Благодаря пересадке органов были спасены многочисленные жизни, и в перспективе подлинной культуры самоотдачи и солидарности трансплантационная медицина представляет собой «ценный инструмент для выполнения первейшей задачи медицинского искусства, а именно служения человеческой жизни».

Темы рефератов:

1. Этико-правовые проблемы распределения донорских органов и пути их решения.
2. Сравнительная характеристика презумпции согласия и презумпции несогласия.
3. Этические проблемы пересадки фетальных органов и тканей, ксенотрансплантации и разработки искусственных органов.
4. Коммерциализация трансплантологии и принцип справедливости.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что понимается под термином «трансплантология»?
2. Перечислите, какие виды трансплантологии вы знаете.
3. Назовите основные исторические вехи в развитии трансплантологии.
4. Какова история развития трансплантологии в Республике Беларусь?
5. В чем заключается проблема справедливого распределения дефицитных ресурсов?
6. Что является гарантией справедливого распределения донорских органов?
7. Перечислите законодательные нормы, регулирующие процедуру забора органов у живых доноров.
8. Что такое презумпция согласия?
9. Каковы условия забора органов у умерших доноров?
10. Какова позиция Православной и Католической церкви в отношении трансплантологии?

ТЕМА 6. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

В экспериментальных работах надо сомневаться до тех пор, пока факты не заставят отказаться от всяких сомнений.

Луи Пастер

1. **Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований с участием человека.**
2. **Соблюдение принципов биомедицинской этики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.**
3. **Этические нормы использования животных в биомедицинских исследованиях.**

Ключевые слова: клинические и неклинические исследования, Нюрнбергский кодекс, Хельсинкская декларация, патолого-анатомическое вскрытие, анатомический дар, деперсонализация, тест Драйза, концепция «3R».

6.1. ЭТИКО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЧЕЛОВЕКА

К сожалению, многие достижения в медицине совершались с серьезными нарушениями этических норм в отношении подопытных и пациентов. Так, в Античности часто проводили медицинские эксперименты на животных и рабах, которые не рассматривались в качестве людей. Достаточно вспомнить определение, данное Аристотелем: «Раб — это одушевленное орудие труда». В XVI в., когда французский король Генрих II получил на турнире удар копьём в глаз, придворные врачи подвергли такому же ранению нескольких преступников с целью изучить ранение и найти удачные методы лечения. Много печальных страниц с нарушениями прав человека мы находим в истории развития венерологии: огромное количество врачей с целью изучить пути передачи заболевания и возможные методы лечения сознательно прививали гонококки своим пациентам, в том числе и детям, не спрашивая их согласия.

Ужасающий по масштабу медицинский эксперимент был поставлен в 30-х гг. XX в. Службой общественного здравоохранения США, которая хотела изучить, как прогрессирует сифилис без лечения. Около 600 чернокожих крестьян были заражены сифилисом. За участие в исследовании им пообещали медицинскую помощь, питание и оплату похорон в случае смерти. Даже когда в 1947 г. был открыт пенициллин, подопытные не получили лечения. За несколько десятилетий эксперимента 28 мужчин скончались от сифилиса, 100 — от связанных с ним осложнений, 40 человек заразили своих жен, у 19 родились дети с врожденным заболеванием.

Первой попыткой разработать международные этические стандарты в области медицинских исследований стал так называемый Нюрнбергский кодекс (1947), который был реакцией на зверские эксперименты нацистских врачей на узниках концлагерей во время Второй мировой войны. Кодекс провозгласил многие важные

принципы, которые затем легли в основу других документов, регулирующих сферу биомедицинских исследований, однако он имел лишь рекомендательный характер, а его основная цель была выразить озабоченность мирового сообщества злоупотреблениями в этой сфере.

В 1964 г. ВМА разрабатывает Хельсинкскую декларацию (прил. 1), которая до сих пор является главным этическим документом, регулирующим область биомедицинских исследований с участием человека. В 1996 г. Совет Европы создает Конвенцию «О правах человека и биомедицине». В 2005 г. к ней добавляют Дополнительный протокол к Конвенции, касающийся биомедицинских исследований. Данные документы пока не касаются нашей страны, поскольку она не входит в состав Совета Европы и не подписывала данную конвенцию. В 2005 г. ООН разрабатывает Всеобщую декларацию по биоэтике и правам человека.

В Беларуси также имеются национальные документы и законы, регулирующие данную область. Они разработаны в соответствии с международными стандартами, в первую очередь с учетом принципов, предложенных в Хельсинкской декларации. Среди этих документов основными являются: Конституция Республики Беларусь (статьи 21, 24, 25, 45, 46, 47), Законы: «О здравоохранении», «О лекарственных средствах», «О безопасности генно-инженерной деятельности», Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении правил проведения клинических испытаний лекарственных средств».

Следует отметить, что исследования с участием человека делятся на 2 типа:

- 1) клинические, основная задача которых разработать методы лечения конкретных заболеваний, соответственно, в качестве подопытных здесь выступают пациенты;
- 2) неклинические, призванные расширить наши теоретические знания, поэтому в них объектом исследования могут быть здоровые люди.

Базовые этические установки существенно отличаются в зависимости от типа исследования. Если для клинических исследований основной этический принцип — «делай добро», т. е. подопытные пациенты должны получить потенциальную пользу от результатов проведенного с их участием исследования, то для неклинических исследований таким принципом становится «не навреди» — риск от проведения исследования для здоровых людей должен быть минимальным.

Основные принципы, которым должно соответствовать любое исследование с участием человека, можно разделить на 2 блока: 1) научные, связанные с требованиями к любому научному исследованию; 2) собственно этические.

Научные принципы, упомянутые в международных документах, включают:

1. Научную обоснованность — исследования на людях должны проводиться только в соответствии с общепринятыми научными принципами и быть основаны на результатах экспериментов на животных и данных научной литературы.
2. Квалифицированность — проводить исследования на человеке должны только квалифицированные научные сотрудники.
3. Достоверность — исследователь должен быть точным и честным при публикации результатов исследования.
4. Независимую экспертизу — проект исследования должен быть оценен независимым компетентным органом (этическим комитетом) на предмет научной обоснованности и этической приемлемости и только после этого утвержден.

Этические принципы, предъявляемые к исследованиям с участием человека, включают:

1. «Не навреди» — биомедицинские исследования на человеке не могут считаться законными, если важность исследования несоразмерна с риском для человека; эксперименты на человеке проводятся только в случае, если не существует альтернативных методов исследования, сопоставимых по эффективности.

2. «Делай добро» — интересы участника эксперимента всегда важнее, чем интересы науки и общества.

3. Уважение автономии — исследования на человеке всегда проводятся добровольно, и испытуемый имеет право отказаться от участия в исследовании в любой момент его проведения.

4. Информированное согласие — исследования проводятся только с письменного согласия испытуемого или его законного представителя. Каждый потенциальный участник эксперимента должен быть проинформирован о его целях, методах, ожидаемых результатах и потенциальных опасностях, а также об имеющихся у подопытных правах и гарантиях.

5. Правдивость — испытуемым должна предоставляться адекватная информация в понятной форме, подкрепленная документально. Вся новая, полученная уже в ходе исследования информация, касающаяся участия в проекте, должна предоставляться подопытным в разумные сроки.

6. Конфиденциальность — любая информация личного характера, полученная в ходе биомедицинских исследований, считается предметом врачебной тайны.

7. Справедливость — при проведении медицинского исследования каждый пациент, включая входящих в контрольную группу, должен быть обеспечен наилучшими, проверенными диагностическими и терапевтическими методами. Отказ пациента от участия в исследовании не должен влиять на взаимоотношения врача и пациента.

Много конкретных оговорок в международных документах связано с возможностью проведения исследований на отдельных категориях населения (дети, недееспособные лица, заключенные и т. д.). Таким образом, акцентируется принцип уязвимости. Так, исследования на недееспособных лицах можно проводить только если:

1) результаты исследования предполагают непосредственный благоприятный эффект для здоровья испытуемых;

2) исследования с сопоставимой эффективностью не могут проводиться на иных лицах;

3) получено письменное разрешение со стороны опекунов;

4) сам испытуемый не возражает.

В случае с такими категориями, как заключенные, военнослужащие, беременные женщины, исследования разрешено проводить, если:

1) результаты исследования могут быть полезны в отношении данных категорий населения;

2) сравнимые по эффективности исследования невозможны на иных лицах;

3) исследования сопряжены с минимальными рисками и трудностями.

В Беларуси запрещается проведение клинических испытаний на:

– детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей;

– военнослужащих;

- осужденных и лицах, содержащихся под стражей;
- лицах, признанных в установленном порядке недееспособными, а также страдающих психическими расстройствами.

Проведение исследований на беременных и несовершеннолетних допускается в случае, если испытания проводятся для оказания медицинской помощи исключительно этим категориям лиц.

6.2. СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ОБРАЩЕНИИ С ТЕЛАМИ УМЕРШИХ И АНАТОМИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Отношение к использованию трупов и органов умерших в медицине и научных исследованиях серьезно менялось на протяжении истории развития цивилизации. В Китае вскрытие трупов считалось осквернением и было под запретом. В греко-римской медицине работа с трупами также была запрещена: ни Гиппократ, ни Гален не препарировали человека, а изучали трупы животных или зашивали раны, с чем связаны некоторые их ошибочные взгляды на анатомию и физиологию человека. Когда в IV в. до н. э. александрийский царь Птолемей I разрешил вскрывать трупы, врачи активно пользовались данной возможностью. Однако с распространением христианства вскрытие трупов стало неэтичным. Например, выдающийся анатом Андреас Везалий чудом избежал преследования инквизиции за подобную деятельность.

Даже в Новое время, когда работа с трупами была частично разрешена, вскрытие умерших встречало сопротивление и негативное отношение со стороны общественности. При этом некоторые врачи пытались перебороть мнение общества, демонстрируя неоспоримые преимущества патологоанатомических исследований для развития медицинских знаний. Например, Теофил Боне в 1679 г. писал: «Пусть те, кто протестует против вскрытия тел, до конца осознают свое заблуждение. Когда причина болезни неясна, возражения против вскрытия тела, обреченного стать пищей червей, не только ничем не помогают безжизненной плоти, но причиняют огромный вред остальному человечеству, поскольку препятствуют приобретению врачами знаний, быть может, необходимых для помощи людям, страдающим той же болезнью».

При этом в Новое время возникла серьезная проблема нехватки тел умерших. Простые люди не желали жертвовать свои тела науке, т. к. верили в воскрешение в плоти и крови, а трупы для медиков в основном поступали после казней. В Париже в попытке решить данную проблему врачам позволили препарировать тела бедняков, умерших в госпиталях. Однако многим медикам приходилось тайно похищать трупы своих же родственников. Так, о хирурге Уильяме Гарвее говорили, что он настолько увлечен своим делом, что способен препарировать собственного отца или сестру.

Многие врачи не гнушались и откапывать тела из свежих могил на кладбище. Формально это даже не считалось преступлением, поскольку наказанию подвергалось только разграбление могилы. Добыча трупов для науки и медицины в европейских странах стала в какой-то момент даже доходным бизнесом. Известен случай эдинбургского врача Роберта Кнокса, который заплатил двум незнакомцам за случайно найденный ими труп, после чего они, поняв, что на этом можно хорошо заработать, убили много бездомных и нищих, продавая их трупы врачам.

В настоящее время, несмотря на развитие компьютерных и информационных технологий, также имеется необходимость использовать тела или отдельные ор-

ганы умерших людей в учебном или исследовательском процессе. Возникает вопрос: какие этические принципы и юридические нюансы необходимо соблюдать при этом? Следует отметить, что использование тел и органов умерших регулируется в Беларуси несколькими законами. Среди них основными являются Законы Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи о патологоанатомическом исследовании и анатомическом даре) и «О погребении и похоронном деле».

Как и в отношении живых личностей, важнейшим принципом при работе с умершими будет принцип уважения автономии и правило информированного согласия. Каким образом они могут касаться умершего? Свою волю по этому вопросу человек может выразить письменно или устно в присутствии свидетелей еще при жизни, либо право выбора переносится на ближайших родственников или опекунов умершего.

Например, патологоанатомическое исследование умершего проводится только тогда, когда есть заранее полученное согласие человека, либо по желанию его родственников. При этом имеются и определенные законодательством случаи, в которых патологоанатомическое вскрытие будет обязательным и мнение родственников не будет приниматься во внимание. Среди них:

- инфекционное заболевание или подозрение на него;
- неясный диагноз заболевания, повлекшего смерть;
- смерть во время и после хирургических операций, родов, переливания крови, анафилактического шока, инструментальных исследований;
- пребывание в стационарных условиях менее одних суток;
- конфликтные ситуации в процессе оказания медицинской помощи.

Когда речь идет об использовании тела умершего в науке или в учебном процессе, вступает в силу понятие **анатомического дара**, т. е. распоряжения человека о его согласии на передачу после смерти его тела в организацию здравоохранения или учреждение образования для использования в образовательном процессе и научных исследованиях. Решение об анатомическом даре всегда принимается человеком: сознательно, добровольно, только на некоммерческой основе, в письменной форме. При этом гражданин имеет право в любой момент отменить свое распоряжение об анатомическом даре.

В Беларуси в силу недостатка информации, особенностей менталитета, религиозных традиций анатомический дар совершается не таким большим количеством лиц. По этой причине учреждения образования и здравоохранения часто испытывают недостаток тел умерших для научной работы. В других странах, например в Америке, существуют специальные банки тканей, которые продают анатомические препараты для научных и учебных целей. Пожертвовать тело в такой банк можно просто оставив заявку в Интернете.

В Беларуси законодательством предусмотрен еще один механизм предоставления тел умерших организациям здравоохранения или образования. Это использование неостребованного тела. Тело умершего человека, за которым не обратились родственники, по закону должно бесплатно находиться в морге в течение 45 суток со дня установления причины смерти. По истечении указанного срока тело может быть передано в медицинские учреждения для использования в учебном процессе и научных исследованиях. Если тело не будет востребовано этими организациями, происходит захоронение за счет бюджетных средств.

Отдельно стоит подчеркнуть необходимость соблюдать правило конфиденциальности в отношении умерших. Белорусское законодательство подчеркивает, что обязанность сохранять врачебную тайну по отношению к пациенту не исчезает и после его смерти, в том числе оберегается и информация о результатах патолого-анатомического исследования.

Поскольку достоинство личности никуда не исчезает после смерти, необходимо соблюдать следующие **этические принципы при работе с телами или анатомическими препаратами**:

- уважительное отношение к телу умершего, любые формы надругательства над трупом наказываются в соответствии с Уголовным кодексом Беларуси вплоть до лишения свободы;
- анонимность используемого в учебном процессе трупа, который маркируется номером регистрации в журнале учета без оглашения личных данных;
- недопущение деперсонализации умерших, т. е. все фрагменты и ткани собираются в персональные для каждого трупа емкости и хранятся отдельно;
- достойное погребение останков. Так, в БГМУ останки использовавшихся в учебном процессе трупов кремируются на кладбище «Северное», а урна с прахом помещается в один из двух склепов, приобретенных университетом. На урне указывается фамилия, имя и отчество, а также даты рождения и смерти человека, послужившего медицине.

6.3. ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЖИВОТНЫХ В БИМЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Использование животных в рамках биомедицинских исследований — достаточно дискуссионная тема в рамках биоэтики. Уже начиная с древности, врачи вовлекали в свои эксперименты животных. А. Швейцер пишет: «Подобно аккуратной хозяйке, которая, убрав комнату, закрывает дверь, заботясь о том, чтобы в комнату не вошла собака и не испачкала лапами чистый пол, европейские мыслители тщательно следят за тем, чтобы в их этику не пробрались никакие звери. ... Они или вообще отбрасывают чувство сострадания к животным, или всячески принижают его». В отличие, например, от индийской культуры, где широко популярен принцип ахимсы — непричинения вреда всем живым существам, в Европе больше распространено утилитарное отношение к животным. Его можно связать с идеями христианства, поскольку, согласно Ветхому Завету, человек поставлен управлять живым миром, т. к. только он из всех живых существ наделен бессмертной душой.

Нравственное обоснование вивисекция — вскрытие тел животных без наркоза и манипуляции с их органами — получила благодаря идеям французского мыслителя Р. Декарта, который считал животных фактически автоматами, обделенными душой, а потому способными только к примитивной, рефлекторной реакции на окружающий мир. Ярким примером бессмысленной вивисекции можно считать опыты Клода Бернара, который, изучая влияние температур на животных, наблюдал за мучительной гибелью собак, кроликов и голубей в специальной печи.

С XIX в. отношение к животным постепенно начинает меняться. В 1822 г. в Великобритании принимается закон против жестокого обращения с домашними животными. В 1824 г. в этой же стране было создано Королевское общество защиты

животных. Против vivisection выступают многие выдающиеся деятели того времени: В. Гюго, Б. Шоу, Л. Н. Толстой.

Благодаря Альберту Швейцеру получает теоретическое обоснование этика «благоговения перед жизнью»: «Там, где я наношу вред какой-либо жизни, я должен ясно сознавать, насколько это необходимо. ...Именно благодаря тому, что животное, используемое в качестве подопытного, в своей боли стало ценным для страдающего человека, между ним и человеком установилось новое, единственное в своем роде отношение солидарности. Отсюда вытекает для каждого из нас необходимость делать по отношению к любой твари любое возможное добро».

При этом защитники прав животных указывают на то, что использование животных в экспериментах является не только негуманным, но и неэффективным. С их точки зрения:

- прогресс медицины в гораздо большей степени связан с клиническими наблюдениями за реальными пациентами, нежели с экспериментами на животных;
- в силу анатомических и физиологических различий многие данные, полученные на животных, совершенно не применимы к человеческому организму. Например, морфий оказывает возбуждающее действие на кошек, коз и лошадей, в то время как угнетает организм человека и крыс;
- эффективность использования животных в тестировании лекарственных препаратов очень низкая, т. к. почти 90 % лекарственных средств, успешно прошедших испытания на животных, забраковываются на стадии клинических испытаний;
- боль, испытываемая подопытными животными во время экспериментов, искажает результаты исследований;
- благо человека не может оправдывать вред и страдания, причиняемые животным.

Само же использование животных в рамках исследований медицинских методик и препаратов, по мнению критиков, оправдывается не их эффективностью, а скорее большей дешевизной и доступностью по сравнению с исследованиями на добровольцах.

И уж тем более тяжело этически оправдать необходимость использования животных в промышленности (тестирование бытовой химии, косметики и пищевых добавок). Среди популярных в настоящее время методик можно назвать, например, Тест Драйза, при котором на роговицу глаза кроликов, зафиксированных в специальных воротниках, наносят шампуни, моющие средства, косметику с целью изучить токсичность химических соединений. Длительность тестирования начинается от 7 дней, во время которых животное испытывает невыносимую боль, а иногда и гибнет в попытках освободиться.

Много этических вопросов вызывают и методы эвтаназии животных. Хотя эвтаназия переводится как «благая смерть», в отношении умерщвления животных исследователи редко применяют безболезненные методы. Для мелких грызунов и кроликов используют обезглавливание, для птиц и мышей — цервикальную дислокацию (перелом позвоночника), для цыплят в возрасте одного дня — мацерацию (разрубание на мелкие кусочки), для собак, жвачных животных, лошадей, свиней — пневматический пистолет с выдвигающимся ударным стержнем (смерть от контузии мозга). Очевидно, что все эти методики в случае отсутствия седативных препаратов вряд

ли можно назвать гуманными. При этом по окончании эксперимента уничтожаются не только нежизнеспособные особи, но все участники исследования.

Новый подход к использованию животных в рамках биомедицинских исследований получил название концепция «3R»:

1. Замена (replacement) — в тех случаях, когда это возможно, необходимо использовать не живых животных, а отдельные органы, культуры клеток тканей, компьютерные и биохимические модели. БГМУ прекратил использовать животных в учебном процессе в конце 90-х гг.

2. Уменьшение (reduction) — если необходимо включить животных в эксперимент, требуется использовать их в минимальном количестве, достаточном для репрезентативности. Этого можно добиться с помощью выведения лабораторных генетически однородных животных.

3. Повышение качества (refinement) — при работе с животными необходимо применять анестезию, анальгезию, обеспечивать благоприятные условия содержания и хороший уход за животными. Усыплять животных после экспериментов нужно безболезненно и с применением седативных препаратов.

В настоящее время этические аспекты использования животных в исследованиях регулируются Положением об использовании животных в биомедицинских исследованиях (ВМА, 1989 г.), Европейской конвенцией по защите животных, используемых в экспериментах и для других научных целей (Совет Европы, 1986 г.), Международными рекомендациями (Этическим кодексом) по проведению медико-биологических исследований с использованием животных (прил. 2). В 1993 г. Европейский Союз постановил снизить на 50 % к 2000 г. число позвоночных животных, используемых в экспериментах. Принято также решение о публикации ежегодно отчета о количестве животных, использованных в экспериментах в странах ЕС.

В проекте Закона Республики Беларусь «Об обращении с животными» 2017 г. в статье 24 указаны требования по обращению с лабораторными животными:

1. Лабораторные животные могут использоваться в научном эксперименте или опыте, доклиническом исследовании лекарственных средств, биологическом тестировании, образовательном процессе, производстве биологических препаратов только в том случае, если отсутствует возможность проведения научного эксперимента или опыта, доклинического исследования лекарственных средств, биологического тестирования, образовательного процесса, производства биологических препаратов без использования животных либо замены их другими объектами или альтернативными методами (компьютерные программы, модели, муляжи, макеты, кино-, видеофильмы, фотоматериалы и др.).

2. Использование лабораторных животных может осуществляться только организациями при наличии у них экспериментально-биологических клиник (вивариев) и (или) других специально оборудованных помещений для разведения и (или) содержания лабораторных животных с учетом их видов в соответствии с зоотехническими, зоогигиеническими и ветеринарно-санитарными правилами.

3. Процедуры на лабораторных животных, которые связаны с возможным нанесением им травм, причинением острых или продолжительных болевых ощущений, выполняются с обязательным использованием обезболивающих ветеринарных препаратов.

4. При использовании лабораторных животных не допускаются:

- девокализация животных (лишение животных возможности издавать звуки);
- принуждение лиц, обучающихся в учреждениях образования, к выполнению процедур, которые влекут причинение вреда здоровью животных, в том числе травмы и увечья, или гибель животных, если иное не предусмотрено учебной программой.

5. Нежизнеспособные лабораторные животные выводятся из научного эксперимента или опыта, доклинического исследования лекарственных средств, биологического тестирования, образовательного процесса, производства биологических препаратов путем умерщвления в соответствии с пунктами 2 и 6 статьи 39 настоящего Закона. Решение о нежизнеспособности лабораторных животных принимает их владелец либо уполномоченное им лицо.

Темы рефератов:

1. Медицинский эксперимент: из истории вопроса. Уроки Нюрнберга.
2. Этические положения Хельсинкской декларации.
3. Конвенция «О правах человека и биомедицине» и Дополнительный протокол к ней.
4. Основные этапы и этические проблемы клинических исследований лекарственных средств.
5. Этические проблемы использования животных в промышленности и медицине.
6. Современные альтернативы использованию животных в медицине и учебном процессе.
7. Юридическое регулирование использования тел умерших в медицине и учебном процессе: сравнительный анализ подходов в разных странах.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основные международные законодательные акты, регулирующие эксперименты с участием человека. Какие из них подписаны нашей страной.
2. Перечислите моральные принципы, которыми должен руководствоваться экспериментатор в отношении испытуемых.
3. Могут ли проводиться биомедицинские исследования на уязвимых категориях населения? Какие этические требования применяются при этом?
4. Какими юридическими документами в Беларуси регулируется использование тел умерших в медицине и учебном процессе?
5. Что такое анатомический дар?
6. Перечислите принципы биоэтики в обращении с телами умерших и анатомическими препаратами.
7. Какими принципами должен руководствоваться экспериментатор при проведении экспериментов над животными?
8. Каковы современные альтернативы использованию животных в медицине и учебном процессе?

ТЕМА 7. ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Именно технологии будут определять курс XXI века. Некоторые из них могут сделать жизнь прекрасной, другие — ужасной. Человечеству в будущем предстоит принять несколько очень сложных решений. Какие технологии мы будем поощрять, а к каким относиться более осторожно?

Питер Тиль

1. Понятия биотехнологии, биобезопасности и генной инженерии.
2. Основные факторы риска генно-инженерной деятельности для здоровья человека и окружающей среды. Принцип принятия предосторожности.
3. Моральные проблемы клонирования. Репродуктивное и терапевтическое клонирование человека.

Ключевые слова: биотехнология, безопасность, генетическая инженерия, биобезопасность, высвобождение генно-модифицированных организмов в окружающую среду, Картахенский протокол, проект «геном человека», клон, репродуктивное клонирование, терапевтическое клонирование, стволовые клетки, мораторий.

7.1. Понятия биотехнологии, биобезопасности и генной инженерии

Понятие «**биотехнология**» используется для целого класса технологий, предназначенных для модификации и совершенствования части или всего организма в целом. Данный термин принадлежит венгерскому инженеру Карлу Эреки, описавшему в 1917 г. принцип получения свинины благодаря откорму животных сахарной свеклой. Согласно данному автору, под биотехнологией может пониматься любая работа, где с помощью живых организмов из сырьевых материалов производятся те или иные конечные продукты. В XXI в. в широком смысле под биотехнологией понимают дисциплину, основным предметом изучения которой являются возможности влияния живых организмов в единичном или системном виде, а также продуктов их жизнедеятельности на решения для технологических задач, а также создание живых организмов с нужными свойствами.

В современной биотехнологии выделяют следующие разделы: микробная биотехнология, генетическая и клеточная инженерия, инженерная энзимология.

Используется также международная «цветовая» классификация биотехнологии.

Красная биотехнология занимается вопросами здоровья человека, а также возможными улучшениями человеческого организма, связанными с возможным улучшением генома человека, сюда также относят создание различных биофармацевтических препаратов, таких как антитела, протеины, ферменты.

Зеленая биотехнология связана с исследованиями, посвященными созданию генетически модифицированных растений, основной характеристикой которых является стрессоустойчивость по отношению к биотическим и абиотическим факто-

рам. Под влиянием этого направления сегодня разрабатываются методы ведения лесного и сельского хозяйств.

Белая биотехнология относится к сфере промышленности (например, биотопливо). Широко применяется в пищевой, химической сферах.

Серая биотехнология является комплексом мер по защите и восстановлению окружающей среды. Она занимается вопросами очистки экосистем, восстановлением почв, переработкой отходов.

Синяя биотехнология изучает применение биотехнологических методов к водной среде с целью сохранения морских биологических ресурсов, контроля распространения вредных организмов, создания топлив, новых видов лекарств и ингредиентов для пищевой промышленности.

Понятие биотехнологии тесно связано с понятием **биобезопасности**. Под последним понимается степень защищенности населения (личности, общества, государства) от прямого и/или косвенного влияния через среду обитания (производственная, социально-экономическая, геополитическая инфраструктура, экологическая система) воздействия опасных биологических факторов¹. В настоящее время действует целый комплекс мер по оценке системы безопасности для человека и дальнейших мер по снижению опасных воздействий продуктов генной инженерии на здоровье.

Одним из магистральных направлений биотехнологии является **генная инженерия**, представляющая собой возможность получения новых комбинаций генетического материала с помощью манипуляций с молекулами нуклеиновых кислот, проводимых вне клетки, и переноса искусственно моделируемых конструкций генов в живой организм. Началом генной инженерии является 1973 г., когда в ходе эксперимента генетики Стэнли Кохен и Герберт Бойер внедрили новый ген в бактерию кишечной палочки (*E. coli*).

В настоящее время в медицинской практике используется более 200 новых диагностических препаратов, еще 100 препаратов находятся на стадии клинического изучения. Среди них имеются лекарства, положительно влияющие на опухоли, излечивающие артриты. Несколько сотен генно-инженерных фирм 60 % работают над производством лекарственных и диагностических препаратов.

7.2. ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА ГЕННО-ИНЖЕНЕРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ. ПРИНЦИП ПРИНЯТИЯ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Использование достижений современной биотехнологии — явление неоднозначное. С одной стороны, явственно наблюдается положительный эффект, заключающийся в возможности решения мировых проблем благосостояния человечества. С другой стороны, возникает вполне закономерный вопрос: насколько велики риски использования данных технологий?

Риск для человека и окружающей среды, связанный с генно-инженерными организмами, заключается в нескольких острых проблемах. основополагающим является вопрос: насколько новый ген, а также продукт его активности являются безо-

¹ Онищенко Г. Г. Актуальные проблемы биологической безопасности в современных условиях // ВЕСТНИК РАМН. 2013. № 11.

пасными? Также встает проблема самого факта вставки трансгенов в генетический материал организма. Как известно, процесс встраивания трансгенов случаен, а это значит, что они в случае с высшими организмами могут занять любую часть хромосомы. К чему это может привести? Исследователи утверждают, что привнесенный ген гипотетически в состоянии затронуть любую область молекул ДНК, отвечающую за кодирование структуры организма¹. Также опасение вызывают возможные неблагоприятные эффекты, связанные с переносом трансгенов другим организмам. Возникает опасность фактора другой генетической и экологической среды.

Среди факторов риска генно-инженерной деятельности выделяют непосредственно связанные с безопасностью для здоровья человека, животных в замкнутых системах, а также связанные с высвобождением в окружающую среду новых организмов.

Рассматривая факторы риска, относящиеся к замкнутым системам, традиционно упоминают следующие:

- токсичные и/или аллергенные эффекты генно-инженерных организмов или продуктов их метаболизма;
- вероятные вредные воздействия целевых продуктов генно-инженерной деятельности;
- сравнительная патогенность генно-инженерных микроорганизмов по сравнению с донором, реципиентом;
- способность к микробному обсеменению;
- факторы патогенности генно-инженерного организма (тип вызываемого заболевания; механизм патогенности, включающий способ проникновения патогенного организма и вирулентность; инфекционная доза и т. д.)².

Основной целью оценки этого типа рисков является недопущение высвобождения в окружающую среду организмов, патогенных для человека и животных. В связи с этим необходимо выполнение ряда условий. Во-первых, должно соблюдаться требование работы с патогенными организмами в замкнутых системах при обязательном соблюдении специальных защитных мер. Во-вторых, должен быть установлен жесткий контроль за охраной здоровья и безопасности для тех, кто использует продукты генно-инженерной деятельности, а также работников, чья деятельность непосредственно связана с генной инженерией.

Основным документом, регламентирующим процедуру оценки риска патогенности в рамках генно-инженерной деятельности, является Директива Европейского Союза 90/219/ЕЕС от 23 апреля 1990 г.

Существуют и специфические факторы риска, связанные с хозяйственной деятельностью человека:

- синтез новых белков — продуктов трансгенов, которые могут быть токсичными и/или аллергенными;
- изменение активности отдельных генов ГМО, в результате чего может произойти ухудшение потребительских свойств продуктов питания, получаемых из них;

¹ Ермишин А. П. Генетически модифицированные организмы. Мифы и реальность. Минск, 2004.

² Биомедицинская этика: практикум. Минск: БГМУ, 2011.

– горизонтальная передача трансгенов устойчивости к антибиотикам микроорганизмам пищеварительного тракта¹.

В связи со всем вышеперечисленным важной составляющей развития современных биотехнологий стал принцип принятия мер предосторожности. Его формирование связано с принципом экологической осознанности, получившим широкое распространение в 70-х гг. XX в. Сущность данного принципа заключается в чрезвычайно осторожном отношении к применению новых технологий, при этом лучше применить излишние меры безопасности, чем недооценить риск и столкнуться с необратимыми последствиями.

Наиболее влиятельным документом, непосредственно регламентирующим эту сферу, является Конвенция о биологическом разнообразии, принятая в Рио-де-Жанейро в 1992 г. Основная ее идея заключается в необходимости осознания человечеством ответственности за сохранение, устойчивое использование и долгосрочное развитие биологического разнообразия. Понятие биоразнообразия рассматривается здесь на всех уровнях. Основными принципами, используемыми в документе, являются *ex-situ* и *in-situ*. Первый обозначает требование сохранения биологического разнообразия вне естественных систем обитания (зоопарки, лаборатории, генетические банки). Второй соотносится с необходимостью поддержания популяций в естественной среде.

В 2010 г. стороны Конвенции приняли Стратегический план в области сохранения и устойчивого использования биоразнообразия на 2011–2020 гг. Его основными целями являются борьба с основными причинами утраты разнообразия, сокращение прямых нагрузок на биоразнообразие, улучшение биоразнообразия путем охраны, увеличение объема выгод для всех людей, а также повышение эффективного управления.

Второй важный документ, регламентирующий сферу биобезопасности, — Картахенский протокол. Основная его цель — содействие обеспечению надлежащего уровня защиты в области безопасной передачи, обработки и использования живых измененных организмов (ЖИО), являющихся результатом применения современной биотехнологии и способных оказать неблагоприятное воздействие на сохранение и устойчивое использование биологического разнообразия, с учетом также рисков для здоровья человека и с уделением особого внимания трансграничному перемещению. На 2003 г. этот документ был ратифицирован 57 странами, список их постоянно пополняется. Страны, не признавшие этот документ, регулируют вопросы биобезопасности с помощью локальных законов и других международных документов. Республика Беларусь присоединилась к протоколу 6 мая 2002 г. на основании Закона Республики Беларусь №97-З «О присоединении Республики Беларусь к Картахенскому протоколу по биобезопасности к Конвенции о биологическом разнообразии».

Принцип принятия мер предосторожности до сих пор является предметом жарких дискуссий в научной сфере. Его внедрение имеет как свои положительные, так и отрицательные стороны. Сторонники выдвигают весомый аргумент в пользу того, что наука не всегда может предусмотреть все возможные последствия новых

¹ Биомедицинская этика: практикум. Минск: БГМУ, 2011

изобретений. Это касается и биотехнологий. Оппоненты утверждают, что велика возможность злоупотребления, что приведет к тому, что сообщество ученых будет находиться в определенной изоляции.

В связи с этим комиссией ЕС был разработан перечень правил, применяемых при работе с ГМО:

1. Адекватность. Целью мер предосторожности не является снижение риска до нулевой отметки, в то же время должен быть определен желаемый уровень защиты.

2. Отсутствие дискриминации. Сходные ситуации должны рассматриваться сходно, а различные — различно, а не наоборот.

3. Пропорциональность соответствия. Применяемые меры достижения безопасности необязательно должны быть идентичны предыдущим ситуациям, основной целью здесь является их эффективность.

4. Изучение выгоды. Возможность применения при необходимости экономического анализа.

5. Изучение научного развития. Любые меры до достижения более полных данных должны рассматриваться как временные.

Учет развития научных данных о факторах риска. Любые данные о риске должны оцениваться и применяться немедленно после получения информации¹.

При **оценке безопасности генетически модифицированных продуктов питания** применяется принцип «существенной эквивалентности», разработанный Организацией экономического сотрудничества и развития. Согласно ему, за основу оценки берется сравнение уровня безопасности ГМО по отношению к традиционным пищевым аналогам, существовавшим в истории человечества. В случаях с известными компонентами с достаточно долгой историей развития проверка на токсичность необязательна. В противном случае используется следующий план:

1. Определение концентрации потенциальных токсинов в съедобных частях растений.

2. Установление удельного веса данного продукта в пищевом рационе определенных групп населения.

3. Сравнение (для белков) их аминокислотной последовательности с таковой у известных токсинов и пищевых антагонистов по электронным базам данных.

4. Оценка стабильности новых веществ к термической обработке.

5. Определение скорости разрушения потенциальных токсинов в желудочно-кишечном тракте (в модельных системах).

6. Анализ уровня токсичности новых веществ в модельных системах (культура клеток *in vitro*).

7. Анализ токсичности в экспериментах по принудительному скормливанию лабораторным или домашним животным пищи, содержащей продукты, полученные из изучаемого генетически модифицированного организма, в течение длительного времени (1–2 года) либо в течение короткого времени, но с использованием высоких концентраций изучаемых продуктов (около двух недель)².

¹ Биологическая безопасность. Современные методические подходы к оценке качества пищевой, фармакологической и сельскохозяйственной продукции. Минск, 2015.

² Биомедицинская этика: практикум. Минск: БГМУ, 2011

Помимо этого необходимо учитывать и риски для здоровья человека, а также возможные неблагоприятные эффекты на окружающую среду:

1. Разрушительное влияние на биологические сообщества и утрата ценных биологических ресурсов в результате засорения местных видов генами, перенесенными от генетически модифицированных организмов (в результате возможно увеличение численности одних видов и снижение численности других).

2. Создание новых паразитов (сорняков), усиление вредоносности уже существующих на основе самих генно-модифицированных организмов или в результате переноса трансгенов другим видам (появление суперсорняков и супервредителей).

3. Выработка веществ — продуктов трансгенов, которые могут быть токсичными для организмов, живущих или питающихся на генетических модифицированных организмах и не являющихся мишенями трансгенных признаков (например, пчел).

4. Неблагоприятное воздействие на экосистемы токсичных веществ, производных неполного разрушения опасных химикатов, например, гербицидов (первые генно-модифицированные организмы были устойчивы к гербицидам. Появилось опасение, что их использование может привести к отрицательному воздействию на экосистемы. Но практика использования гербицидоустойчивых генетически модифицированных сортов показала обратное)¹.

В Республике Беларусь в 1998 г. Институту генетики и цитологии НАН Беларуси были поручены новые функции Национального координационного центра биобезопасности (НКЦБ), процесс сопровождался созданием соответствующей структуры.

Национальный координационный центр биобезопасности ставит перед собой следующие задачи:

1) работа с информацией: сбор, анализ, систематизация данных о законодательстве и научных исследованиях по вопросам биобезопасности, полевых испытаниях, ввозе/вывозе, использовании генно-инженерных организмов и продуктов из них в хозяйственной деятельности;

2) формирование информационного банка данных о генно-инженерных организмах; представление этой информации заинтересованным органам государственного управления, средствам массовой информации, гражданам и общественным объединениям;

3) обмен информацией с координационными центрами других стран и международными организациями;

4) ведение государственного реестра экспертов по биобезопасности в области генно-инженерной деятельности;

5) организация проведения научных экспертиз безопасности генно-инженерных организмов совместно с экспертами государственного реестра;

6) оказание консультативных услуг в разработке законодательных актов и руководств по биобезопасности, в подготовке предложений по заключению двусторонних и региональных соглашений.

Основным документом, регламентирующим отношения в области безопасности генно-инженерной деятельности, является Закон Республики Беларусь от 9 января 2006 г. «О безопасности генно-инженерной деятельности». Цель данного закона — установление правовых и организационных основ обеспечения безопас-

¹ Биомедицинская этика: практикум. Минск: БГМУ, 2011

ности генно-инженерной деятельности, охраны здоровья человека и окружающей среды, выполнение Республикой Беларусь обязательств в области безопасности генной инженерии.

В соответствии с принятым законом основными принципами обеспечения безопасности генно-инженерной деятельности являются:

- принятие мер предосторожности при осуществлении генно-инженерной деятельности;
- научно обоснованный, интегрированный и индивидуальный подходы при оценке риска возможных вредных воздействий генно-инженерных организмов на здоровье человека и окружающую среду;
- независимость государственной экспертизы безопасности генно-инженерных организмов;
- доступ к информации в области безопасности генно-инженерной деятельности.

7.3. МОРАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛОНИРОВАНИЯ.

РЕПРОДУКТИВНОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ КЛОНИРОВАНИЕ ЧЕЛОВЕКА

Древнегреческий миф о Прометее хорошо демонстрирует неумное желание человека потягаться в своих умениях с богами. Но одно дело — создавать технические устройства и феномены культуры, и совсем другое — стать творцом новой жизни. Еврейский миф об оживленном магами глиняном великане Големе, попытки средневековых алхимиков вырастить в пробирке гомункулуса — искусственное подобие человека, бессмертная история М. Шелли о Франкенштейне или «Собачье сердце» М. Булгакова — все это примеры, демонстрирующие, что проблема искусственного создания жизни остается актуальной в любую эпоху. Но если столетиями жажда человечества творить и изменять живые организмы по своему усмотрению проявлялась в виде селекции растений и животных, то в XX в. она получила совершенно новое развитие, воплотившись в феномене клонирования.

Клонирование (от др.-греч. — побег, веточка, отпрыск) представляет собой искусственное получение организма, генетически тождественного исходному. Всем известны естественные клоны, т. е. однояйцевые близнецы, которые иногда встречаются в живой природе.

История развития искусственного клонирования начинается вовсе не с клонирования знаменитой овечки Долли. До нее успешно были клонированы несколько других животных. Первые опыты по клонированию были поставлены еще в 60-е гг. XX в. английским ученым Дж. Гердоном, который успешно клонировал головастики шпорцевой лягушки. Клонирование млекопитающих после многих безуспешных попыток впервые было осуществлено в СССР в 1987 г. Клонированным животным стала домовая мышь. Прорывом и наиболее известным примером в развитии клонирования стали опыты Яна Вильмута, благодаря которым в 1996 г. появился на свет ягненок по кличке Долли, ставший первым млекопитающим животным, полученным из ядра соматической клетки взрослого животного.

Технически клонирование предполагает использование ооцита, в котором собственное ядро заменяют на ядро, взятое из соматической клетки. Полученный эмбрион помещают в матку суррогатной матери, и через положенный срок рожда-

ется новый живой организм, идентичный животному, от которого была получена соматическая клетка. Следует отметить, что при этом новому организму передается митохондриальная ДНК от яйцеклетки.

Изначально технология клонирования животных вызывала много сложностей, в частности, она была чревата большим количеством патологий у получаемых животных. Например, Долли была единственным полноценным эмбрионом из 277, полученных в ходе эксперимента. В настоящее время процедура клонирования не плохо отработана технически. Ученые успели клонировать таких животных, как корова (1998), кошка (2001), кролик (2002), собака (2005), верблюд (2009), койот (2011) и многих других. Для некоторых популярных домашних животных, таких как кошки и собаки, клонирование уже стало коммерческим. В частности, в Южной Корее хозяева, сохранившие биологический материал своего умершего питомца, примерно за 100 тыс. долларов могут клонировать его копии.

Для чего же человечеству нужно клонирование животных или растений и насколько эта технология этична? Во-первых, данная технология может помочь решить продовольственную проблему. Методы естественной селекции предполагают долгие годы упорного труда агрономов и животноводов и не могут дать гарантий получения идеальной сельско-хозяйственной продукции. В это же время технология клонирования позволяет получать десятки и сотни копий идеальной особи любой породы животных. Не удивительно, что фермеры в Америке, Китае, Австралии уже выращивают клонированных коров, лошадей, свиней.

Во-вторых, сторонники клонирования указывают, что технология поможет нам восстановить популяции редких видов животных или даже вернуть полностью исчезнувшие виды, например мамонта или динозавров. Конечно, до такой экзотики пока далеко, однако в 2009 г. был клонирован детеныш вымершего подвида горного козла букардо, чьи биологические материалы были законсервированы в жидком азоте. И хотя козленок погиб из-за проблем с дыхательной системой почти сразу после рождения, ученые считают технологию клонирования весьма перспективной в восстановлении вымирающих видов.

В-третьих, создание клонированных животных может быть очень полезно для науки и развития медицины. В частности, использование в научных экспериментах полностью идентичных животных снижает погрешности исследования и существенно повышает объективность полученных результатов.

Наконец, опыты по клонированию животных помогают технически совершенствовать саму процедуру клонирования, повышая ее эффективность, что особенно важно в том случае, если данная технология будет в будущем перенесена на человека.

Что касается **этических противоречий клонирования живых организмов**, то исследователи весьма по-разному смотрят на данную проблему. Одни опасаются потенциального вреда от употребления клонированных животных в пищу, другие в качестве отрицательного последствия клонирования отмечают снижение биологического разнообразия планеты, третьи говорят о непредсказуемых эффектах попыток вернуть в экосистему вымершие виды, четвертые вообще считают клонирование дорогостоящим развлечением ученых. В любом случае даже клонирование животных вызывает ряд споров и противоречий. Когда же дело доходит до клонирования человека, противостояние мнений становится особенно напряженным.

Клонирование человека предполагает 2 разновидности, которые получают достаточно разную этическую оценку и юридическое регулирование: терапевтическое и репродуктивное.

Терапевтическое клонирование человека — это получение описанным выше способом эмбриона, который развивается до срока не более 14 дней и разбирается на стволовые клетки. Дело в том, что стволовые клетки обладают уникальным свойством превращаться в специализированные клетки, поэтому одно из направлений современной высокотехнологичной медицины связано с развитием использования стволовых клеток для омоложения организма, лечения онкологических заболеваний и выращивания из стволовых клеток человеческих тканей и органов для трансплантации.

В настоящее время стволовые клетки для исследований и лечения ученые получают различными способами. Наиболее этически приемлемые среди них — это использование крови из пупочного канатика новорожденных, откачанного жира, заборов клеток из борозд головного и костного мозга взрослого человека, фетальных тканей эмбрионов, погибших от естественного выкидыша. Однако такие способы получения стволовых клеток сопряжены с рядом трудностей и не могут быть поставлены на поток, поэтому гораздо более распространенным является использование фетальных тканей, полученных в результате искусственного аборта. Репродуктивное клонирование также может стать относительно простым промышленным способом получения стволовых клеток.

Казалось бы, все выгоды использования стволовых клеток понятны даже неспециалисту, однако даже терапевтическое клонирование вызывает этические сомнения, связанные в первую очередь со статусом эмбриона и его правом на жизнь. Этично ли создание сотен идентичных человеческих организмов с единственной целью — умертвить их и использовать на нужды науки, терапии и косметологии? Тем не менее в некоторых странах, таких как США, Британия, Австралия, терапевтическое клонирование не запрещено законом.

Гораздо более однозначной этической оценки мировое сообщество придерживается в отношении **репродуктивного клонирования человека**, которое предполагает подсаживание клонированного эмбриона в тело суррогатной матери, а с развитием технологий — в искусственную матку, и рождение младенца.

Этические проблемы клонирования человека связаны с нарушением классического принципа биоэтики «не навреди». Если в случае с клонированием животных большой процент неудачных попыток не составляет существенной проблемы, то высокий риск создания нежизнеспособных, обреченных мучительно умирать от серьезных патологий детей является важным препятствием на пути реализации данной технологии. Кроме того, разрешение искусственно создавать человеческие эмбрионы может открыть двери генетическим усовершенствованиям человеческой особи, т. е. евгенике. Смогут ли ученые удержаться от искушения улучшить показатели человечества на свой вкус или по заказу политических лидеров — сложный вопрос.

С точки зрения религии, клонирование вообще рассматривается как недопустимое вмешательство в естественные процессы зарождения жизни, как своего рода попытка посоревноваться с Богом и проявление человеческой гордыни и самонадеянности.

Основная этическая проблема репродуктивного клонирования связана с неопределенностью его цели. Если цель клонирования заключается в том, чтобы выяснить, на что способна современная наука, дошли ли люди в своем могуществе и власти над природой до искусственного создания себе подобных, то, с этической точки зрения, это весьма сомнительные устремления. Чем заканчиваются бездумные желания ученого проверить свои способности, хорошо демонстрируют как исторические примеры, так и художественные произведения, начиная от «Фауста» И. Гете и заканчивая «Колыбелью для кошки» К. Воннегута.

Аргументы о том, что технология клонирования позволит возродить к жизни выдающиеся умы человечества или обессмертить ныне живущих, также не выдерживают никакой критики, поскольку клонирование позволяет воспроизвести лишь генотип человека, а не его личность, сознание или память, которые формируются и зависят от исторического контекста и социального окружения. Иными словами, даже получив 10 маленьких клонированных «эйнштейнов», мы не будем иметь никаких гарантий, что хотя бы один из них захочет заниматься физикой и совершит новые научные открытия. Кроме того, можно вспомнить слова М. Булгакова: «Зачем искусственно фабриковать Спиноз, когда любая баба может родить его, когда угодно!».

Для продления человеческой жизни клонирование не имеет никаких преимуществ перед естественным размножением, поскольку помогает создать новый организм, а не продлить жизнь старому. В определенном смысле клонирование даже уменьшает продолжительность жизни, поскольку в связи с тем, что у клетки есть некий предел делимости и с каждым новым делением накапливаются генетические поломки и мутации, то организм клона начинает свой биологический отсчет не с нуля, а с той точки, на которой остановилась клетка донора соматического ядра.

Даже экспериментальное создание клона человека сразу же запустит целый ряд юридических и социальных проблем, начиная с определения родителей ребенка-клона: кто должен иметь над ним опеку — донор соматического ядра или ооцита, выносившая его суррогатная мать, исследователь, руководивший проектом, или государство? Имеем ли мы право наблюдать за клоном в лабораторных условиях, использовать его во благо человечества? Исходя из современного законодательства, ребенок, появившийся на свет любым путем, должен быть наделен всеми правами ребенка и человека, т. е. правом на жизнь и свободу, семью, любовь и заботу, защиту от эксплуатации и т. д. В связи с этим какое бы то ни было использование этих детей будет совершенно невозможно.

Осознавая этические проблемы клонирования, человечество разработало несколько важных этико-юридических документов, одним из которых является Дополнительный Протокол к Конвенции о защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины, касающийся запрещения клонирования человеческих существ. Этот документ был подписан 24 странами-членами Совета Европы в 1998 г. В 2001 г. Протокол вступил в силу после ратификации 5 странами. В нем имеется призыв к мораторию, т. е. запрету на клонирование человека:

«Считая, однако, что инструментальный подход к человеческому существу в форме преднамеренного создания генетически идентичных человеческих существ

противоречит представлениям о человеческом достоинстве и в силу этого представляет собой недобросовестное применение достижений биологии и медицины;

Принимая во внимание также серьезные проблемы медицинского, психологического и социального характера, которые такая преднамеренная биомедицинская практика может повлечь в отношении всех вовлеченных индивидуумов;

Принимая во внимание цели Конвенции о Правах Человека и Биомедицине, в особенности принцип, упомянутый в статье 1, направленный на защиту достоинства и индивидуальности каждого человека, согласились о нижеследующем:

Статья 1. Любое вмешательство, нацеленное на создание человеческого существа, генетически идентичного другому человеческому существу, живому или умершему, запрещено».

В 2005 г. ООН в Декларации о клонировании человека призвала государства принять законодательные акты, запрещающие все формы клонирования, т. к. они противоречат достоинству человека и выступают против защиты человеческой жизни.

В результате сегодня во многих странах (Франция, Германия, Бразилия, Япония и т. д.) не только запрещено клонирование человека, но и имеются серьезные уголовные наказания для исследователей, которые, несмотря на запрет, могут попытаться осуществить данную процедуру. Например, в США попытки репродуктивного клонирования человека будут наказаны штрафом в 1 млн долларов и тюремным сроком до 10 лет. Тем не менее, отдельные государства, такие как Китай, в силу политических и идеологических особенностей не считают необходимым отказываться от потенциальных экономических благ, предполагаемых новыми технологиями, что вызывает возмущение и опасения у мировой общественности.

Темы рефератов:

1. Медико-генетическая информация: моральные проблемы использования.
2. Этические проблемы международного проекта «Геном человека».
3. Моральные аспекты позитивной и негативной евгеники.
4. Биовласть и медицина.
5. Клонирование человека: уроки дискуссий.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию биобезопасности.
2. Дайте определение понятию биотехнологии.
3. Дайте определение понятию генной инженерии.
4. Укажите факторы риска генно-инженерной деятельности.
5. Перечислите потенциально опасные эффекты при работе с ГМО в замкнутых системах.
6. Перечислите основные факторы риска ГМО для здоровья.
7. Что такое «оценка потенциальной токсичности новых продуктов питания»?
8. Назовите преимущества генной инженерии животных.
9. Назовите разновидности клонирования человека.
10. Что понимается под терапевтическим клонированием человека?

РАЗДЕЛ III

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В КОНТЕКСТЕ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ

ТЕМА 8. СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Сострадание есть главнейший и, может быть, единственный закон бытия всего человечества.

Ф. М. Достоевский

1. Основные понятия и проблемное поле современной медицинской деонтологии.
2. Врач и пациент: этические модели взаимодействия.
3. Права и обязанности пациентов и медицинских работников.
4. Этика взаимоотношений в медицинском коллективе.
5. Врачебные ошибки и ятрогении в деятельности медицинских работников.

Ключевые понятия: медицинская деонтология, профессиональный долг, честь и достоинство врача, патерналистская и автономная модели отношения врач – пациент, права пациента, обязанности пациента, права медицинских работников, обязанности медицинских работников, врачебные ошибки, ятрогении, право врача на риск.

8.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ПРОБЛЕМНОЕ ПОЛЕ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ

Медицинская деонтология (греч. deon — должное, logos — учение) — учение о должном в медицине, прежде всего, о профессиональном долге, обязанностях и нормах поведения медицинских работников.

Наряду с моральными нормами, регулирующими медицинскую деятельность в целом, в медицинской деонтологии фиксируются и особые нормы и стандарты применительно к той или иной сфере медицинской практики (деонтология в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии и т. д.)

Деонтология предписывает медицинскому работнику:

- исполнять свой профессиональный долг перед пациентами и обществом — все свои знания и умения направлять на укрепление и сохранение здоровья и жизни пациентов;
- добросовестно относиться к выполнению своих профессиональных обязанностей — оказывать медицинскую помощь, уважительно и гуманно относиться к пациентам, постоянно повышать уровень своих профессиональных знаний;
- стремиться к реализации принципов и норм медицинской профессии в своей практической деятельности — не причинять вред, проявлять сострадание, быть справедливым, сохранять врачебную тайну.

Деонтология также предполагает право медицинских работников на защиту своей профессиональной чести и достоинства.

Современная медицинская деонтология определяет:

- моральные аспекты взаимоотношений врач – пациент и их специфику в педиатрии, онкологии, психиатрии, акушерстве и гинекологии и др.;
- моральные аспекты взаимоотношений между врачом и близкими пациента;
- моральные аспекты взаимоотношений в медицинском коллективе (между коллегами, врачом и средним, младшим медицинским персоналом);
- моральные аспекты врачебных ошибок и ятрогении;
- права и обязанности пациентов и медицинских работников и их нормативное регулирование.

Современная деонтология органически включается в пространство биоэтического знания. Ее проблемы рассматриваются сквозь призму принципов и норм биомедицинской этики, которые отражаются в современных деонтологических кодексах, принимаемых медицинским сообществом той или иной страны.

8.2. ВРАЧ И ПАЦИЕНТ: ЭТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Врач и пациент являются основными субъектами взаимодействия в пространстве современной медицины. Модели этого взаимодействия определяются моральными ориентирами медицинской профессии, традициями врачевания, существующими в данном обществе, спецификой состояния, в котором находится пациент.

Основными моделями отношений между врачом и пациентом являются:

1. **Патерналистская модель** (от лат. *pater* — отец) — традиционная форма взаимоотношений врача и пациента, которая господствовала в медицине до середины XX в. Эта модель ориентировала врача на самостоятельный выбор тактики и методов лечения исходя из пользы для пациента и непричинения ему вреда. Врач брал на себя ответственность за исход лечения, а также решал, в какой мере пациент может быть проинформирован о сути болезни, механизмах лечения и его последствиях. Пациент оказывался полностью зависимым от действий врача.

2. **Автономная модель** — современная форма взаимоотношений врача и пациента, получившая распространение в середине XX в. Эта модель предполагает равноправные отношения врача и пациента, которые строятся на основе признания автономии личности пациента, его информирования и согласия на медицинское вмешательство. Пациент самостоятельно решает, что для него является благом и наряду с врачом несет ответственность за принятое им решение.

3. **Модель ослабленного патернализма** — пограничная модель, которая применяется в современной медицине в ситуациях, когда пациент не может выразить свою волю в силу отсутствия автономии либо ее ослабления (дети; пациенты, находящиеся в бессознательном состоянии; пациенты с психическими расстройствами и др.). В этом случае врач действует исходя из интересов пациента (или других людей, если пациент может нанести им вред) и своего профессионального долга.

Возможны и другие классификации моделей взаимоотношений врача и пациента. Американский специалист в области биоэтики Р. Витч выделяет четыре

модели, которые встречаются в современной медицине: инженерную, сакральную, коллегиальную и контрактную.

Инженерная модель основана на восприятии врачом пациента как безличного механизма, тела. Задача врача — исправить отклонения в физиологическом механизме. Методы диагностики, которые использует врач, — биохимические, биофизические, рентгенологические и др. Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения, его личностные и психологические особенности в данной модели не учитываются.

Сакральная модель отношений между врачом и пациентом подобна отношениям священника и прихожанина или отца и ребенка, наставника и подопечного. Принципы отношения к пациенту включают: любовь, милосердие, забота, благодеяние. Наиболее приемлема такая модель в педиатрии, психиатрии, гериатрии. Ее недостаток заключается в том, что решение в отношении диагностики, тактики лечения фактически принимает врач.

В **коллегиальной модели** господствует принцип равноправия. Врач сообщает правдивую информацию о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях и последствиях заболевания. Пациент участвует в обсуждении этой информации. Здесь реализуется право пациента на свободу выбора. Но такая гармония в отношениях между врачом и пациентом, скорее, исключение из правил. На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента. Эффективность коллегиальной модели проявляется особенно хорошо при хронических заболеваниях.

Контрактная модель взаимодействия врача и пациента осуществляется на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несет свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Именно эту модель Р. Витч считает наиболее соответствующей современным реалиям. Ее определяют принципы свободы, личного достоинства, честности, исполнения обещаний и справедливости. В отношениях, основанных на контракте, врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управлять своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается.

Формы взаимоотношений врача и пациента зависят и от состояния, в котором находится пациент. С этой точки зрения принято выделять ситуации острого и хронического заболевания, терминального состояния, а также ситуацию, при которой пациент находится в бессознательном (коматозном) состоянии. В рамках каждой из этих ситуаций по-разному формулируются нравственные цели врачевания.

Интенсивное развитие современной медицинской науки и практики порождает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом:

1. Проблема деперсонализации отношений врач – пациент. Высокая степень разделения труда в современной медицине приводит к тому, что расширяется круг лиц, с которым приходится контактировать пациенту, и становятся проблематичным непосредственное общение и личностный контакт пациента и врача.

2. Проблема коммерциализации отношений врач – пациент. В рамках рыночной формы организации здравоохранения врачи играют роль производителей и продавцов медицинских услуг, а пациенты — роль покупателей. Возникают фундаментальные противоречия интересов врачей и пациентов. Врач заинтересован в том, чтобы продать больше и по возможно большей цене, что может неблагоприятно сказываться не только на финансах, но и на здоровье пациента.

3. Проблема формализации отношений врач – пациент. В основе современного медицинского знания лежит естественнонаучный подход к человеку, абсолютизация которого приводит к тому, что разрушается целостное восприятие пациента как уникальной личности, и он становится для врача лишь объектом приложения своих знаний и навыков.

4. Проблема скептического отношения пациентов к рекомендациям врача. Повышение уровня информированности населения в области медицины, реклама медицинских услуг и фармацевтических препаратов формирует склонность пациентов к самолечению, недоверие и сомнение в правильности назначенного врачом лечения, обращение к нетрадиционной медицине.

Решение этих проблем во многом зависит от врача, который должен учитывать индивидуальные особенности пациента, его состояние и переживания, с ним связанные, соотносить свою деятельность с общечеловеческими моральными ценностями: добром, милосердием, заботой, сочувствием, справедливостью.

8.3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Для современной деонтологии характерен интерес к проблеме прав и обязанностей пациентов и медицинских работников.

Международные и национальные правовые стандарты в области прав пациента и медицинских работников начинают формироваться во второй половине XX в. К наиболее значимым международным документам, в которых закреплены права пациента и медицинских работников, можно отнести: Международный кодекс медицинской этики (1949 г.), Хельсинкскую декларацию (1964 г.), Декларацию по правам человека и личной свободе медицинских работников (1985 г.), Лиссабонскую декларацию о правах пациента (1981 г.), Европейскую хартию прав пациентов (2002 г.).

В нашей стране права и обязанности пациентов и медицинских работников отражены в Конституции Республики Беларусь и в различных нормативно-правовых актах — Законах Республики Беларусь «О здравоохранении», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», «О трансплантации органов и тканей человека», «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов», «О вспомогательных репродуктивных технологиях» и др.

Права и обязанности пациентов. В важнейшем документе Европейского сообщества Европейской хартии прав пациентов (2002 г.) определены 14 основных прав пациента:

1. *Право на профилактические меры.* Каждый человек имеет право на соответствующие услуги с целью предупредить заболевание. Службы здравоохранения обязаны преследовать эту цель путем просвещения населения, обеспечения периодических бесплатных медицинских процедур для различных групп населения,

подвергающихся риску заболеваний, и широкого распространения результатов научных исследований и технических инноваций.

2. *Право на доступность.* Каждый имеет право на доступность медицинских услуг, требующихся ему/ей по состоянию здоровья. Медицинские службы должны гарантировать равную доступность для всех без дискриминации по признакам наличия финансовых ресурсов, места проживания, вида заболевания или времени обращения за помощью. Человек, который нуждается в лечении, но не может оплатить его стоимость, имеет право на бесплатное медицинское обслуживание.

3. *Право на информацию.* Каждый имеет право на получение любого рода информации о своем состоянии здоровья, о медицинских услугах и способах получения этих услуг, а также о возможностях, имеющихся в результате научных исследований и технического прогресса. Медицинские службы, учреждения и специалисты должны предоставлять пациентам соответствующую их потребностям информацию с учетом религиозных, этнических и языковых особенностей пациента. Пациент имеет право непосредственно ознакомиться со своей клинической картой и медицинскими записями, снимать с них фотокопии, задавать вопросы об их содержании и требовать исправления допущенных неточностей и ошибок.

4. *Право на согласие.* Каждый имеет право на получение любого рода информации, которая позволит ему/ей активно участвовать в принятии решений относительно своего здоровья; эта информация является обязательным предварительным условием проведения любой процедуры и лечения, включая участие в научных исследованиях. Медицинские учреждения и специалисты должны предоставлять пациенту всю информацию, касающуюся метода лечения или предстоящей операции, включая сведения о возможных рисках, дискомфорте, побочных эффектах и альтернативах. Такая информация должна быть предоставлена заблаговременно (не менее чем за 24 часа), чтобы пациент мог принять активное участие в принятии решений относительно выбора метода лечения с учетом его/ее состояния здоровья. Во всех случаях, когда для информированного согласия требуется присутствие законного представителя, пациент — несовершеннолетний либо взрослый, неспособный понять происходящее или выразить свою волю, — тем не менее должен по мере возможности участвовать в принятии касающихся его/ее решений. Пациент имеет право отказаться от лечения либо медицинского вмешательства и изменить свое первоначальное решение в процессе лечения, отказавшись его продолжать.

5. *Право на свободу выбора.* Каждый имеет право на свободу выбора между различными медицинскими процедурами и учреждениями (специалистами) на основе адекватной информации. Пациент имеет право решать, какие диагностические обследования и виды лечения будет проходить и к какому врачу первичной помощи, к какому специалисту и в какой стационар будет обращаться.

6. *Право на приватность и конфиденциальность.* Каждый имеет право на конфиденциальность личной информации, включая информацию о своем состоянии здоровья и предполагаемых диагностических либо терапевтических процедурах, а также на защиту своей приватности во время проведения диагностических осмотров, посещений медицинских специалистов и в целом при

медицинских и хирургических вмешательствах. Все данные и информация о состоянии здоровья какого-либо лица, а также о проведенных медицинских и хирургических вмешательствах должны рассматриваться как приватные и быть должным образом защищены.

7. *Право на уважение времени пациентов.* Каждый имеет право на получение необходимого лечения без промедления, в течение заранее установленного срока. Это право относится к каждому этапу лечения. Медицинские службы обязаны установить фиксированное время ожидания получения тех или иных услуг на основе конкретных стандартов и в зависимости от неотложности клинического случая. Врачи должны посвящать пациентам достаточное количество времени, включая время на предоставление информации.

8. *Право на соблюдение стандартов качества.* Каждый имеет право на доступность качественного медицинского обслуживания на основе спецификации и в точном соответствии со стандартами.

9. *Право на безопасность.* Каждый имеет право на свободу от вреда, причиненного ненадлежащим функционированием систем здравоохранения, халатностью и ошибками медработников, а также право на доступность медицинских услуг и лечебных процедур, соответствующих высоким стандартам безопасности. Все медицинские специалисты должны в полной мере нести ответственность за все этапы и элементы лечения. Врачи должны иметь возможность предотвратить риск врачебных ошибок путем отслеживания прецедентов и постоянного повышения своей квалификации.

10. *Право на инновации.* Каждый имеет право на доступность медицинских инноваций, включая диагностические процедуры, в соответствии с международными стандартами и независимо от экономических или финансовых соображений. Медицинские службы обязаны инициировать и поддерживать научные исследования в области биомедицины, уделяя особое внимание редким заболеваниям.

11. *Право на предотвращение по мере возможности страданий и боли.* Каждый имеет право по мере возможности избежать страданий и боли на каждом этапе своего заболевания.

12. *Право на индивидуальный подход к лечению.* Каждый имеет право на диагностические или лечебные программы, максимально адаптированные к его/ее личным потребностям.

13. *Право на подачу жалобы.* Каждый в случае причинения ему/ей вреда имеет право жаловаться и получать ответ или иную обратную связь. Медицинские службы должны гарантировать наличие этого права, обеспечивая (с помощью третьих сторон) пациентов информацией об их правах, тем самым помогая им распознавать нарушения прав и оформлять свои жалобы. На жалобу в течение установленного срока должен быть предоставлен исчерпывающий письменный ответ руководства соответствующей медицинской службы.

14. *Право на компенсацию.* Каждый имеет право на получение в течение разумно короткого срока достаточной компенсации в случае причинения ему/ей физического либо морального и психологического вреда действиями медицинского учреждения. Медицинские службы должны гарантировать компенсацию независи-

мо от степени тяжести и причины нанесения вреда (от чрезмерно долгого ожидания своей очереди до случаев халатности или врачебной ошибки), даже если нет возможности с точностью установить ответственных.

В национальном законодательстве основные права и обязанности пациентов отражены в Законе Республики Беларусь «О Здравоохранении».

Статья 41. Права пациентов. Пациент имеет право на:

- получение медицинской помощи;
- выбор лечащего врача и организации здравоохранения;
- участие в выборе методов оказания медицинской помощи;
- пребывание в организации здравоохранения в условиях, соответствующих санитарно-эпидемиологическим требованиям и позволяющих реализовать право на безопасность и защиту личного достоинства;
- уважительное и гуманное отношение со стороны работников здравоохранения;
- получение в доступной форме информации о состоянии собственного здоровья, применяемых методах оказания медицинской помощи, а также о квалификации лечащего врача, других медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании ему медицинской помощи;
- выбор лиц, которым может быть сообщена информация о состоянии его здоровья;
- отказ от оказания медицинской помощи, в том числе медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом;
- облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, всеми методами оказания медицинской помощи с учетом лечебно-диагностических возможностей организации здравоохранения;
- реализацию иных прав в соответствии с настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях пациент имеет право на допуск к нему священнослужителя, а также на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, если это не нарушает правил внутреннего распорядка для пациентов, санитарно-эпидемиологических требований.

Предоставление пациенту указанных в настоящей статье прав не может осуществляться в ущерб здоровью других пациентов и нарушать их права и свободы.

Статья 42. Обязанности пациентов. Пациент обязан:

- заботиться о собственном здоровье, принимать своевременные меры по его сохранению, укреплению и восстановлению;
- уважительно относиться к работникам здравоохранения и другим пациентам;
- выполнять рекомендации медицинских работников, необходимые для реализации избранной тактики лечения, сотрудничать с медицинскими работниками при оказании медицинской помощи;
- сообщать медицинским работникам о наличии у него заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека, а также соблюдать меры предосторожности при контактах с другими лицами;

– информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях, об обращениях за медицинской помощью, а также об изменениях в состоянии здоровья;

– соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов, бережно относиться к имуществу организации здравоохранения;

– выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь¹.

Нарушения прав пациентов могут быть связаны с грубым и неуважительным отношением к пациенту; оказанием медицинской помощи ненадлежащего объема и качества; необоснованным отказом от оказания медицинской помощи; применением нещадящих (болевых) методов лечения при возможности их исключения или использования иных, щадящих методов; необоснованным взиманием или требованием платы за лечение; недостаточным информированием пациента; несоблюдением врачебной тайны и др.

Права и обязанности медицинских работников. В Законе Республики Беларусь «О Здравоохранении» закреплены основные права и обязанности медицинских работников.

Статья 50. Права медицинских, фармацевтических работников. Медицинские, фармацевтические работники при осуществлении своих должностных обязанностей имеют право на:

– обеспечение условий труда в соответствии с требованиями законодательства Республики Беларусь о труде;

– защиту профессиональной чести и достоинства;

– присвоение квалификационных категорий в соответствии с достигнутым уровнем профессиональных знаний и практических навыков;

– повышение квалификации и переподготовку за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов, а также за счет средств нанимателей и иных источников, не запрещенных законодательством Республики Беларусь;

– страхование профессиональной ошибки, в результате которой причинен вред жизни или здоровью пациента, не связанной с небрежным или халатным выполнением ими своих должностных обязанностей, которое осуществляется в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

– создание медицинских, фармацевтических общественных объединений в соответствии с законодательством Республики Беларусь;

– иные права, предусмотренные законодательством Республики Беларусь.

Статья 51. Обязанности медицинских, фармацевтических работников. Медицинские, фармацевтические работники обязаны:

– квалифицированно выполнять свои должностные обязанности;

– хранить врачебную тайну;

– уважительно и гуманно относиться к пациентам, соблюдать их права;

– соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии;

¹ О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ: с изм. и доп. от 21 октября 2016 г. № 433-З.

- повышать уровень профессиональных знаний;
- выполнять иные обязанности, предусмотренные настоящим Законом и иными актами законодательства Республики Беларусь.

Медицинские, фармацевтические работники обязаны также оказывать скорую медицинскую помощь в пределах своих возможностей нуждающимся в ней лицам вне организации здравоохранения¹.

В нашей стране как пациенты, так и медицинские работники могут отстаивать свои права, обратившись с жалобой в этический комитет, либо непосредственно к руководителю или иному должностному лицу организации здравоохранения, либо в суд.

8.4. ЭТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Моральный климат медицинского коллектива во многом определяет успешность профессиональной деятельности врача. Нравственные нормы предписывают врачу по отношению к своим коллегам:

- быть доброжелательным, порядочным, честным, справедливым, уважительно относиться к знаниям и опыту коллег, бескорыстно передавать им свой опыт и знания;
- сохранять благодарность и уважение к своим учителям и коллегам;
- постоянно учиться у более опытных коллег и при возникновении профессиональных затруднений, обращаться к ним за помощью, уметь признавать свои ошибки и заблуждения, обмениваться с коллегами профессиональной информацией;
- не препятствовать пациенту в выборе другого лечащего врача;
- не допускать негативных высказываний в адрес своих коллег в их отсутствие и тем более в присутствии пациентов, их родственников или посторонних лиц;
- препятствовать деятельности бесчестных и некомпетентных коллег, наносящих ущерб здоровью пациентов;
- уважительно и доброжелательно относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу, передавать им свой опыт, содействовать повышению их профессиональных знаний и навыков.

8.5. ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ И ЯТРОГЕНИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Одной из этических норм врачебной деятельности является признание врачом своих профессиональных ошибок и заблуждений (они присутствуют в деятельности любого врача) и непримиримое отношение к ним.

Под **врачебной ошибкой** принято понимать добросовестное заблуждение врача, имеющее в своей основе несовершенство современной науки, незнание или неспособность использовать имеющиеся знания на практике. Не являются врачебными ошибками действия врача, вызванные небрежностью, халатностью, невежеством.

¹ О здравоохранении: Закон Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП: с изм. и доп. от 21 октября 2016 г. № 433-З.

К основным причинам врачебных ошибок следует отнести:

1. Объективные причины: несовершенство медицинской науки и практики; относительность медицинских знаний; вероятность нетипичного течения болезни у конкретного пациента, вызванная особенностями его организма; недостаточная оснащенность медицинских учреждений диагностической техникой, лекарственными средствами и др.

2. Субъективные причины: врачебное незнание, обусловленное недостаточной квалификацией, отсутствием опыта и спецификой мышления врача, т. е. его индивидуальными способностями к накоплению, пониманию, использованию медицинских знаний; неполноценный осмотр и обследование пациента; отказ от совета коллеги или консилиума либо, напротив, желание врача прикрыться авторитетом консультантов и др.

Классификация врачебных ошибок может быть проведена по различным основаниям. В зависимости от того, в какой сфере или на каком этапе оказания медицинской помощи они были допущены, можно выделить: диагностические, лечебно-тактические, технические, организационные, деонтологические ошибки.

Профилактике врачебных ошибок способствует постоянное стремление врача к повышению уровня своей профессиональной компетентности, внимательное и чуткое отношение к пациенту, моральная рефлексия над сложными ситуациями, возникающими в медицинской практике.

Наряду с понятием «врачебная ошибка» для анализа вреда, который врач может причинить пациенту, и его причин используется понятие «ятрогения» (от греч. *iatros* — врач и *gennaō* — создавать, производить). Возникновение термина «**ятрогения**» связывают с именем немецкого психиатра О. Бумке, который обозначил им заболевания, обусловленные влиянием врача на психику пациента. В настоящее время под **ятрогенными заболеваниями** понимают все заболевания и патологические процессы, возникающие под влиянием медицинских воздействий, проведенных с профилактическими, диагностическими или лечебными целями. Ятрогенные заболевания могут быть вызваны как ошибочными и необоснованными, так и правильными действиями медицинского работника.

В зависимости от причин выделяют следующие разновидности ятрогении: психогенную, лекарственную, травматическую, инфекционную и др.

Несмотря на разногласия, которые существуют по проблеме ятрогении в медицинском сообществе (определение, классификация, соотношение с понятием «врачебная ошибка»), профессиональный долг врача заключается в том, чтобы принимать всевозможные меры к сокращению ятрогений путем повышения своего профессионального уровня и соблюдения основных принципов и норм медицинской этики.

Сложность медицинской профессии заключается и в том, что она требует от врача активных действий по предотвращению вреда здоровью пациента и сохранению его жизни, которые, как правило, связаны с врачебным риском. В экстремальных лечебных ситуациях врач должен принимать решение на основе оценки степени риска и пользы для пациента, что часто сопровождается моральными раздумьями и переживаниями. При этом этические нормы предполагают стремление врача к минимизации риска за счет адекватной оценки своих возможностей и способностей и тщательного анализа методов лечебного и диагностического воздействия.

Темы рефератов и докладов:

1. Профессиональный долг, честь и достоинство врача как основные понятия деонтологии.
2. Нравственные качества врача.
3. Патернализм и автономия в современной медицине.
4. Слово врача как лечебный фактор.
5. Морально-психологические особенности общения врача с больным ребенком.
6. Морально-психологические особенности общения врача с родственниками пациента.

Вопросы для самоконтроля:

1. В чем заключается сущность и содержание современной медицинской деонтологии?
2. Определите понятие «профессиональный долг врача». В чем он состоит?
3. Определите понятия «честь» и «достоинство». В чем заключается честь и достоинство врача?
4. Назовите основные модели взаимоотношений врач – пациент. Какая из них, на ваш взгляд, чаще всего применяется белорусскими врачами?
5. В каких ситуациях используется модель ослабленного патернализма?
6. Перечислите основные права пациента. Приведите примеры нарушения прав пациента в белорусской системе здравоохранения. Чем обусловлены эти нарушения?
7. Перечислите основные права и обязанности медицинских работников.
8. Назовите механизмы защиты прав пациентов и медицинских работников, существующие в нашей стране.
9. Назовите нравственные нормы, которыми должен руководствоваться врач в отношениях со своими коллегами и медицинским персоналом.
10. В чем суть ятрогенных заболеваний? По каким основаниям их можно классифицировать?

ТЕМА 9. ДЕОНТОЛОГИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЛАСТЯХ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ

1. Деонтология в психиатрии. Правовые основы оказания психиатрической помощи в Беларуси.

2. Специфика реализации принципов и норм биомедицинской этики в наркологии.

3. Моральные и юридические основы оказания медицинской помощи людям, имеющим заболевания, представляющие опасность для здоровья населения, ВИЧ.

4. Особенности коммуникации с пациентами с различными нозологическими формами заболеваний, ВИЧ.

Ключевые понятия: деонтология, психиатрия, антипсихиатрия, деинституализация, стигматизация, дискриминация, наркология, этический нигилизм, нарко-алкогольная анозогнозия, спидофобия, принудительное медицинское освидетельствование, принудительная госпитализация, нозологическая форма, принципы успешной коммуникации, коммуникативная и психологическая компетентность.

9.1. ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В БЕЛАРУСИ

Психиатрия (от др.-греч. ψυχή — душа и ἰατρεία — лечение) — отрасль клинической медицины, которая изучает психические расстройства, способы их диагностики, методы профилактики и лечения. Термин «психиатрия» впервые был предложен в 1803 г. немецким врачом Иоганном Кристианом Рейлем в книге «Рапсодии», где он под психиатрией понимает «лечение душевных болезней». Зачастую сам термин «психиатрия» критикуется представителями медицины за то, что включает в себя корень «душа», т. е. понятие очень расплывчатое по смыслу, не-верифицируемое и потому совершенно не приемлемое для научного использования.

Основную проблему психиатрии с момента ее возникновения составляла проблема соотношения представлений о норме и патологии. Однозначного определения понятий «психическая болезнь» и «патология» в психиатрии не существует, часто их определяют как изменение сознания, выходящее за пределы «нормы реакции». Однако возникает вопрос: а что есть норма? Кто решает, какое поведение считается адекватным, если в принципе жизнь и личностные особенности человека во многом определяются исторической эпохой, социальным окружением, культурными традициями? То, что принято в одном обществе, может выходить за рамки адекватного поведения в другом. Например, в первобытных обществах люди, слышащие голоса, способные впасть в пограничные состояния сознания, считались избранными духами, а потому пользовались особым уважением и авторитетом среди соплеменников. Хорошим примером относительности понятий нормы и патологии является также история Джона Нэша, американского математика, у которого была диагностирована шизофрения, од-

нако он, несмотря на отказ от медикаментов, в 1994 г. получил Нобелевскую премию за свои ранние работы.

Многие историки медицины, а также представители гуманитарной науки, занимавшиеся изучением развития психиатрии в Европе, отмечают, что представления о норме и патологии очень тесно связаны с механизмами власти. Так, М. Фуко в ряде своих работ, таких как «Рождение клиники», или курсе лекций «Ненормальные» демонстрирует, что появление психиатрических больниц в Новое время тесно связано с изменением механизмов общественного контроля за индивидом. Эти механизмы из внешних — принуждение, физическое насилие, публичные казни — становятся внутренними, когда вся культура построена на институтах, чья задача изначально сформировать личность, максимально соответствующую потребностям общества. К этим институтам М. Фуко относит школу и фабрику. Индивиды же, которые по каким-то причинам не вписываются в нормы, предложенные властями, отправляются на перевоспитание в тюрьму и психиатрическую клинику.

Н. Киттри, исследуя изменение отношения общества к таким девиантным явлениям, как наркотическая зависимость, гомосексуальность, алкоголизм и психическое заболевание, показывает, что сначала они считались отклонениями от моральной нормы, затем — правовой, и только сегодня произошла медиализация данных явлений, когда они стали считаться заболеваниями.

В современной психиатрии, чтобы как-то преодолеть субъективность в постановке диагноза, приняты различные классификации, позволяющие по набору характерных симптомов установить заболевание. Одной из самых популярных классификаций является МКБ–10 (Международная классификация болезней), при этом в отдельных странах могут существовать свои национальные классификаторы.

Например, для постановки диагноза «шизофрения» в соответствии с МКБ–10 должен наблюдаться хотя бы один из следующих признаков:

- эхо мыслей, открытость мыслей окружающим;
- бред овладения, воздействия или пассивности, отчетливо относящийся к телу или конечностям, мыслям, действиям или ощущениям;
- галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение пациента;
- устойчивые бредовые идеи, которые культурно неадекватны, нелепы, невозможны и/или грандиозны по содержанию.

Трагично, но явственно тесную связь психиатрии с механизмами власти продемонстрировала ситуация в Советском Союзе, когда в силу нечеткости симптомов заболевания (к признакам шизофрении в соответствии с советскими классификациями относились, например, идеи реформаторства, повышенное чувство собственного достоинства и т. д.) и вмешательства партийного аппарата в работу медицинских работников огромному количеству людей (около 2 млн) был поставлен диагноз вялотекущей шизофрении с последующей изоляцией от общества и принудительным лечением. В 1977 г. на конгрессе в Гонолулу Всемирная психиатрическая ассоциация приняла декларацию, осуждающую использование психиатрии в целях политических репрессий. Кроме того, был создан Комитет по расследованию случаев злоупотребления психиатрией, который продолжает

действовать и в настоящее время. Советский Союз на тот момент отрицал факты злоупотреблений на своей территории. Однако в 1989 г., когда делегация американских психиатров, посетившая СССР, провела переосвидетельствование 27 пациентов, оказалось, что в 14 случаях не было выявлено никаких признаков психических расстройств, а в остальных — не было необходимости в изоляции пациентов. Советский Союз косвенно признал свою вину за использование психиатрии в политических целях в этом же году, когда с целью вступления во Всемирную психиатрическую ассоциацию взял на себя обязательство реабилитировать жертв «политической психиатрии».

Большую этическую проблему при наличии определенной доли субъективности в постановке диагноза играет стигматизация психиатрических пациентов. Иными словами, практически невозможно оспорить единожды поставленный человеку психиатрический диагноз или доказать факт полного выздоровления пациента. При этом само наличие психиатрического заболевания может сыграть огромную роль в судьбе человека, ограничить его профессиональные возможности, привести к случаям дискриминации.

Критике за неэтичность часто подвергаются и сами методы лечения, которые используются в психиатрии. Если в первых психиатрических заведениях для обездвиживания пациентов применялись наручники и цепи, в настоящее время с той же целью используются смирительная рубашка, привязывание пациентов ремнями и седативные препараты. Достаточно агрессивными являются и такие распространенные в психиатрии методы лечения, как электросудорожная терапия и лоботомия. Используемые медикаментозные препараты, особенно старого поколения, имеют гигантское количество побочных эффектов, угнетающе воздействуют на мыслительные способности, память и эмоциональное состояние пациентов, вызывают развитие зависимости.

В связи с очевидными этическими парадоксами в психиатрии в Европе и Америке с 70-х гг. формируется целое общественное движение антипсихиатрии, выступающее за деинституализацию психиатрии. Ученые, медики и общественные деятели предлагают попытаться преодолеть дискриминирующее человека представление о психическом расстройстве как отклонении от нормы, рекомендуют использовать современные, не репрессивные и не разрушающие достоинство личности способы терапии данных заболеваний и выступают против изоляции подобных пациентов от общества.

Хотя в настоящее время антипсихиатрия является альтернативным течением, даже традиционная психиатрическая наука пришла к осознанию необходимости четкого этического контроля за деятельностью и полномочиями врача-психиатра. В связи с этим был создан ряд международных документов, регулирующих данную сферу медицины. Среди них можно назвать «Свод принципов и гарантий защиты психически больных лиц и улучшения психиатрической помощи», подготовленный в 1990 г. одной из комиссий по правам человека ООН, Гавайскую декларацию (прил. 3), принятую в 1977 г. и пересмотренную в 1983 г. Всемирной психиатрической ассоциацией (ВПА), где говорится: «Если пациент или какая-то третья сторона требует от психиатра действий, противоречащих научным знаниям или этическим принципам, то психиатр должен отказаться от сотрудничества». В 1986 г. ВМА

принимает Декларацию о независимости и профессиональной свободе врача. В нашей стране оказание психиатрической помощи регулируется Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также законом «Об оказании психиатрической помощи». Более детально процедуры психиатрического освидетельствования, госпитализации и лечения регулируются Положениями и Инструкциями Министерства здравоохранения.

Оказание психиатрической помощи в современном обществе должно быть построено на соблюдении следующих **этических принципов и стандартов**:

1. Безоговорочное соблюдение уважения автономии психиатрических пациентов. В 1955 г. комитет экспертов ВОЗ высказался за необходимость расширения лечения психических пациентов без изоляции от общества. Недобровольные освидетельствование, госпитализация и лечение в отношении лиц с психическими расстройствами должны быть исключительными случаями в медицине и четко контролироваться законодательством.

Согласно белорусскому законодательству, принудительное освидетельствование или госпитализация возможны только когда:

- пациент представляет непосредственную опасность для себя и (или) окружающих;
- пациент беспомощен, т. е. неспособен самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности;
- неоказание лечения нанесет существенный вред здоровью пациента.

При этом освидетельствование проводит врачебная комиссия, однако в случае признания необходимости принудительной госпитализации администрация психиатрического стационара в течение 72 часов с момента госпитализации обращается в суд, который принимает окончательное решение о том, обосновано ли принудительное лечение в данном случае. Кроме того, принудительное лечение продолжается только в течение времени сохранения оснований для него.

2. В отношении психиатрических пациентов должен работать и принцип информированного согласия. Иными словами, если пациент в состоянии воспринимать информацию о состоянии своего здоровья, она должна быть ему предоставлена для того, чтобы он в дальнейшем мог принимать осознанные решения касательно своего лечения и госпитализации.

3. Принцип «не навреди» в психиатрии отражается в выборе «наименее ограничительной альтернативы», т. е. все социальные запреты по отношению к психическим пациентам, их изоляция, ятрогенный вред, причиняемый пациенту в ходе психотерапевтической работы, должны быть минимальными и превышать негативные последствия от неоказания лечения.

4. Принцип «делай добро» в психиатрии проявляется в рациональном использовании патерналистской модели общения с пациентом в случае его полной или частичной недееспособности.

5. Принцип уязвимости выражается в психиатрии юридическим и нравственным запретом на злоупотребления в отношении пациентов. Проведение исследований на пациентах с психическими расстройствами запрещено, кроме случаев, когда эти исследования могут принести потенциальную пользу данным пациентам и соблюдается добровольное согласие.

6. Принцип справедливости в отношении психиатрических пациентов означает недопущение социальной дискриминации в их отношении, равные условия для лечения.

7. Принцип конфиденциальности означает, что вся информация о диагнозе и лечении пациента с психическим расстройством представляет врачебную тайну. Например, запрещается указание конкретного психиатрического диагноза в тексте справок, названий психиатрических учреждений в тексте направлений, выдаваемых пациенту. Тем не менее в исключительных случаях, связанных с риском для жизни и здоровья пациента или других людей, такая информация может предоставляться родственникам, правоохранительным органам или другим государственным учреждениям, перечисленным в законодательстве.

9.2. СПЕЦИФИКА РЕАЛИЗАЦИИ ПРИНЦИПОВ И НОРМ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В НАРКОЛОГИИ

Наркология является особым разделом психиатрии, который занимается диагностикой, лечением и профилактикой болезней, проявляющихся в пристрастии к приему наркотических веществ. К сожалению, даже по сравнению с психиатрией в области наркологии наблюдается ряд этических проблем и парадоксов, которые до сих пор не разрешены в современном обществе.

Во-первых, для массового сознания, а иногда даже для самих врачей-наркологов зависимые не являются больными в медицинском смысле слова, к ним относятся, скорее, как к лицам девиантного поведения. Специалисты отмечают такой феномен, распространенный в странах постсоветского лагеря, как «наркоалкогольная анозогнозия» — отрицание медицинского статуса алкогольной или наркотической зависимости.

Во-вторых, по мнению обывателя, зависимый сам «виноват» в своем заболевании и, соответственно, не имеет таких же прав, как соматические или даже психиатрические пациенты. Однако логика подобного рассуждения не совсем верная, поскольку формирование любого соматического заболевания также зависит в первую очередь от образа жизни, который ведет человек. Можно сказать, что диабетик также «виноват» в своем заболевании, поскольку злоупотреблял углеводной пищей, вел малоподвижный образ жизни и т. д. При этом наркозависимые, по крайней мере, не ожидают от общества льгот и социальных гарантий в связи со своим заболеванием.

В-третьих, в обществе сложилось отношение к наркологической службе как способу не столько лечения, сколько ограничения, защиты общества от алкогольных или наркотических зависимых с помощью их учета, ограничения в правах и изоляции. Например, в советское время основной структурой, занимавшейся наркозависимыми, были лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) системы МВД, где не лечили заболевание, а перевоспитывали зависимых посредством принудительного труда. Тем самым зависимый приравнивался к правонарушителю. Обязанность хранить врачебную тайну распространялась только на тех лиц, страдающих алкоголизмом, кто был нацелен на лечение и выполнял врачебные назначения. Пациенты не имели права на получение листка временной нетрудоспособности по основному заболеванию. И даже сегодня зависимые лица, получающие инвалидность по

алко- или наркозависимости как основному заболеванию, существенно ограничены в своих правах и льготах по сравнению с инвалидами соматических заболеваний.

В-четвертых, некоторые психологические или поведенческие особенности зависимых пациентов (неприятный внешний облик, нестандартное поведение, асоциальные поступки) приводят к дискриминации пациентов наркологического профиля. Например, финансирование наркологической службы всегда осуществлялось по остаточному принципу.

В результате часто можно наблюдать феномен этического нигилизма в отношении зависимых, т. е. отрицании самой необходимости соблюдать какие-то этические нормы и стандарты в отношении подобных пациентов, что, в конечном счете, приводит к некачественному и неэффективному лечению и обострению в обществе проблем, связанных с данными заболеваниями.

В современном обществе ситуация с отношением к алко- и наркозависимым постепенно меняется, укрепляется их правовой статус, констатируется необходимость соблюдения базовых норм биомедицинской этики в отношении данной категории пациентов.

В области наркологии должны действовать следующие **этические принципы**:

1. Принцип автономии личности и информированного согласия. Принудительное лечение от алкоголизма или наркомании недопустимы и могут осуществляться только в виде исключительного случая, связанного с противоправным поведением пациента, когда благо общества перевешивает в своем значении права отдельного человека.

2. Принцип непричинения вреда. В арсенале наркологии имеется ряд достаточно репрессивных средств (принуждение, изоляция). Полностью отказаться от них невозможно, поскольку врач-нарколог защищает интересы не только своего пациента, но и общества, которое часто необходимо оградить от асоциального поведения зависимого. Однако использование данных средств должно быть обоснованным и ограниченным конкретной ситуацией.

3. Принцип благодеяния. Часто врач-нарколог имеет дело с девиантными, социально и нравственно опустившимися пациентами. В связи с этим в наркологии достаточно сложно полностью отказаться от патерналистской модели. Тем не менее применять ее рационально только к данной категории пациентов, используя в отношении более самостоятельных, способных к критическому мышлению пациентов автономную модель.

4. Принцип справедливости. Пациенты с зависимостью не должны быть лишены каких-то прав пациента, им должна оказываться равная с соматическими пациентами квалифицированная медицинская помощь. Хотя часто пациенты с наркологической патологией не относятся к социально ценным, однако специалисты утверждают, что затраты общества на лечение зависимых будут во много раз компенсированы через сохранение их жизни и трудоспособности.

5. Принцип конфиденциальности. Вся информация о диагнозе и лечении алко- или наркозависимости должна составлять предмет врачебной тайны. В исключительных ситуациях с целью содействия выздоровлению врач может предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента его родственникам или другими заинтересованными лицами без ведома пациента.

9.3. МОРАЛЬНЫЕ И ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ИМЕЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИЕ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ВИЧ

Особую этическую проблему составляет оказание медицинской помощи лицам, имеющим опасные для окружающих заболевания (туберкулез, гепатит), ВИЧ. Вокруг подобных заболеваний, в силу их эпидемиологического характера, неясных путей лечения или специфических путей заражения, формируется множество мифов, страхов и опасений. Так, в отношении ВИЧ-инфекции сложилось даже понятие «спидофобия». Естественно, в первую очередь это связано с нехваткой у населения объективных знаний о данных заболеваниях, когда недостаток информации компенсируется домыслами. Например, в России после того, как в одном из небольших городов был зафиксирован случай внутрибольничного заражения детей СПИДом, автобус с заболевшими детьми, следовавший в Волгоград, местные жители забрасывали камнями.

Предрассудки, сформировавшиеся вокруг ряда заболеваний, приводят к тому, что лица, являющиеся их носителями, могут быть серьезно дискриминированы и стигматизированы в обществе. По статистическим данным, в Беларуси по состоянию на 1 сентября 2017 г. зафиксировано 23 702 случая ВИЧ-инфекции. Показатель распространенности заболевания — 94 на 100 тысяч населения. Дискриминация может порождать у инфицированных страх и нежелание сообщать о заболевании окружающим, обращаться к медицинским специалистам за лечением, что становится причиной дальнейшего распространения вируса. В связи с этим строгое соблюдение этических норм в отношении пациентов-носителей опасных заболеваний и их юридическая защита сами по себе являются частью профилактики распространения подобных заболеваний в обществе.

Один из важнейших моральных принципов в отношении лиц, являющихся носителями опасных заболеваний, — недопущение их дискриминации, что в первую очередь подчеркивается в принятой в 1988 г. Резолюцией ВОЗ «СПИД: избежание несправедливости в отношении лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом». В попытке борьбы с эпидемиологическим распространением ВИЧ предпринимаются различные действия среди групп риска. Например, в рамках общественного объединения «Позитивное движение» наркоманам предоставляется возможность обмена использованных шприцев на стерильные. В настоящее время в Беларуси работает 32 таких пункта, где кроме получения шприца можно сдать тест на ВИЧ, женщины могут получить средства гигиены и тесты на беременность.

Недопустимым также является высказывание медицинским работником каких-либо оценочных суждений в отношении образа жизни пациента, его мировоззрения, навязывание ценностей, поскольку это противоречит принципу уважения автономии пациента. В связи с реализацией этого принципа много противоречий вызывает требование обязательного медицинского тестирования на наличие подобных заболеваний. Например, в некоторых штатах США пара в обязательном порядке должна сдать кровь на анализ на ВИЧ перед вступлением в брак. В большинстве государств подобные анализы должны сдавать беременные женщины, доноры крови или половых клеток, иностранные граждане,

приезжающие в государство на длительный срок. В ряде случаев это требование вполне обосновано требованиями безопасности, однако иногда оно может стать причиной для дискриминации. Например, в Японии обязательное тестирование на ВИЧ при приеме на работу было отменено только в 1994 г. В большинстве современных государств эта процедура является добровольной и конфиденциальной, не считая представителей отдельных профессий, в первую очередь медицинских.

В Беларуси регулирование данных вопросов осуществляется на основе Закона Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека». В отношении лиц, подозреваемых в наличии социально опасных заболеваний, могут быть проведены медицинское освидетельствование, а затем госпитализация. Они могут быть:

- 1) добровольными — в большинстве случаев и проводятся анонимно;
- 2) обязательными — для ряда специальностей и ситуаций, четко перечисленных в законодательстве;
- 3) принудительными.

Принудительное медицинское освидетельствование лица, в отношении которого имеются основания полагать о наличии у него социально опасного заболевания, ВИЧ, проводится при наличии в совокупности следующих условий:

1. Имеются достаточные основания полагать о наличии у него социально опасного заболевания либо ВИЧ:

- прямое указание лица, имеющего социально опасное заболевание, ВИЧ, на лицо как на возможный источник своего заражения или как на лицо, бывшее с ним в тесном бытовом, половом контакте, вводившее с ним наркотические средства, психотропные вещества внутривенно одним шприцем;
- результаты клинико-инструментальных и (или) лабораторных исследований, указывающие на наличие у лица признаков социально опасного заболевания или ВИЧ.

2. Лицо уклоняется без уважительной причины от обязательного медицинского освидетельствования.

При этом заключение о необходимости принудительного медицинского освидетельствования в трехдневный срок направляется организацией здравоохранения в прокуратуру. И уже прокурор дает санкцию на принудительное медицинское освидетельствование. Доставку такого лица в организацию здравоохранения для освидетельствования осуществляют органы внутренних дел.

Лица, у которых в ходе освидетельствования были обнаружены социально опасные заболевания, ВИЧ, в письменной форме предупреждаются организациями здравоохранения о наличии таких заболеваний и необходимости соблюдения мер предосторожности по их нераспространению. При этом в Уголовном кодексе страны предусмотрена ответственность за заведомое поставление в опасность заражения или заражение другого лица.

Принудительная госпитализация осуществляется только в отношении лица, имеющего социально опасное заболевание, в случае отказа пациента от добровольного лечения и осуществляется только на основании решения суда.

Пациенты с социально опасными заболеваниями, ВИЧ *имеют право* на:

- уважительное и гуманное отношение, исключая жестокость, бесчеловечность и унижение человеческого достоинства;
- получение информации о своих правах, а также информации в доступной форме о характере имеющихся у него заболеваний, применяемых методах оказания медицинской помощи и их продолжительности;
- получение информации о результатах медицинского освидетельствования и рекомендаций по предупреждению распространения социально опасных заболеваний, ВИЧ;
- получение психологической помощи;
- обращение непосредственно к руководителю организации здравоохранения по вопросам оказания медицинской помощи, выписки и соблюдения прав, предоставленных пациентам;
- принятие посетителей. Это право может быть ограничено в случаях, когда осуществление этого права представляет непосредственную опасность для пациента и иных лиц;
- получение посылок, бандеролей, мелких пакетов, передач, содержимое которых может быть ограничено правилами внутреннего распорядка для пациентов.

Обязанности пациента:

- принимать меры по предотвращению распространения социально опасных заболеваний, ВИЧ, предложенные медицинскими работниками;
- соблюдать меры предосторожности при контактах с иными лицами;
- уважительно относиться к медицинским работникам, иным лицам и пациентам в организациях здравоохранения;
- информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях, а также об изменениях в состоянии здоровья;
- информировать врача-специалиста о наличии у пациента социально опасного заболевания, ВИЧ;
- соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов организации здравоохранения, бережно относиться к ее имуществу;
- пациент, имеющий социально опасное заболевание, также обязан сообщить лицам, с которыми он был в тесном бытовом и (или) половом контакте, о возможности их заражения.
- пациент, имеющий ВИЧ, также обязан сообщить своим половым партнерам о возможности их заражения.

Одним из главных нарушений прав лиц с опасными заболеваниями или ВИЧ является отказ медицинского работника от оказания им медицинской помощи. В соответствии с белорусским законодательством это не только этическое, но и юридическое нарушение, подрывающее принцип справедливости в системе здравоохранения.

Медицинские работники обязаны:

- обеспечивать пациента необходимой медицинской помощью;
- хранить врачебную тайну;
- предоставлять возможность ознакомления с текстами Законов, правилами внутреннего распорядка организации здравоохранения, адресами и телефонами го-

сударственных органов, общественных организаций, к которым можно обратиться в случае нарушения прав пациентов;

– обеспечивать возможность осуществления пациентами прав, предусмотренных законодательством.

Отдельного упоминания стоит соблюдение принципа конфиденциальности в отношении пациентов с опасными заболеваниями, ВИЧ. Статья 126 (2) Уголовного кодекса Республики Беларусь предусматривает: «Умышленное разглашение сведений о наличии у лица ВИЧ или СПИД медицинским, фармацевтическим или иным работником, которому эти сведения стали известны по службе или работе, наказывается исправительными работами на срок до 1 года или штрафом. Те же действия, повлекшие тяжкие последствия, наказываются исправительными работами на срок до 2 лет или штрафом с лишением права заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет или без лишения».

При этом, поскольку в отношении медицинских работников заражение опасными заболеваниями или ВИЧ является профессиональным риском, существуют специальные инструкции, которые регулируют действия медицинских работников в случае чрезвычайных ситуаций с риском быть инфицированным. В случае заражения на рабочем месте медицинские работники не должны подвергаться дискриминации или увольнению. Существует министерский перечень профессий, на которых не имеют право работать лица с ВИЧ, однако в него входят лишь хирургические специальности, и в этом случае работодатель обязан перевести работника с ВИЧ на другое рабочее место, где риск заражения пациентов будет минимальным.

Кроме того, в нашей стране существуют денежные компенсации медицинским работникам в случае их инфицирования при исполнении служебных обязанностей в следующих размерах:

- при подтверждении инфицирования — 125 минимальных заработных плат;
- при установлении диагноза СПИДа — 75 минимальных заработных плат;
- в случае наступления смерти от СПИДа семье умершего выплачивается 50 минимальных заработных плат.

9.4. ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ С РАЗЛИЧНЫМИ НОЗОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ

Нозологическая форма (нозологическая единица) — определенная болезнь, которую выделяют как самостоятельную на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-морфологических проявлений. Систематизированный перечень нозологических форм образует номенклатуру болезней, в которой в настоящее время насчитывают более 20 000 единиц.

При работе с пациентами с различными нозологическими формами заболевания врач должен использовать не только профессиональные знания, но и всю свою **коммуникативную и психологическую компетентность**, т. е. понимание психологических особенностей пациента, навыки конструктивного общения, основы психотерапии заболеваний и т. д. Все эти навыки позволяют медицинским работникам более успешно общаться с пациентами и принимать обоснованные клинические решения, а также создают благоприятную психологическую среду и доверие между врачом и пациентом.

Зачастую выделяют следующие **10 принципов успешной коммуникации с пациентом в здравоохранении:**

1. Устанавливать партнерские взаимоотношения со своими пациентами.
2. При коммуникации с пациентами фокусироваться на приоритетах, потребностях и точке зрения пациента.
3. Использовать модель 5 «А»:
 - Asses — оценивать ситуацию и состояние пациента;
 - Advise — использовать советы;
 - Agree — соглашаться;
 - Assist — помогать;
 - Arrange — договариваться, приходиться к соглашению.
4. Поддерживать пациента в попытках самостоятельно управлять своим состоянием (в саморегуляции пациента).
5. Организовать систему активного наблюдения за пациентом.
6. Включать в процесс паллиативной помощи пациентов-«экспертов» — опытных пациентов, способных осуществить человеческую поддержку.
7. Использовать ресурсы среды (родственников, близких) для поддержки пациента.
8. Активно использовать письменную информацию, структурируя процесс лечения и помощи (регистрационные данные, план лечения, терапевтические карты). Записывать информацию для пациента — документировать назначения, советы и их выполнение.
9. Работать в составе команды, используя командный стиль работы.
10. Обеспечивать пациента уверенностью в том, что о нем заботятся и будут заботиться впредь.

Такие специалисты, как Н. А. Сирота и В. М. Ялтонский, выделяют следующие **принципы в коммуникации с ВИЧ-инфицированными пациентами:**

1. Поскольку пациенты с ВИЧ часто опасаются столкнуться с общественным порицанием в связи со своим заболеванием, медицинские работники ни в коем случае не должны высказывать свое мнение в отношении поведения и образа жизни пациента.
2. В массовом сознании такие заболевания, как ВИЧ, рассматриваются как смертельные, что приводит к тяжелому эмоциональному состоянию пациентов и часто к отказу от лечения. В связи с этим основная задача врача — мотивировать пациента к применению антиретровирусной терапии.
3. Для более эффективного преодоления болезни врач должен поддерживать и поощрять автономию пациента с помощью грамотного его информирования о всех нюансах заболевания.
4. Люди, живущие с ВИЧ, часто сталкиваются с невозможностью воспользоваться медицинскими услугами, в связи с чем одной из задач врача является формирование у инфицированных навыков отстаивания своих законных прав.
5. Кроме этого, врач постоянно должен работать в команде, подключая в коммуникативный процесс клинического психолога, родственников пациента, а иногда и других пациентов-«экспертов».

6. При разговоре с пациентами следует придерживаться следующих принципов:
- выражать понимание и принятие;
 - избегать конфликтов;
 - уважать право пациента на выбор;
 - уметь слушать пациента;
 - поощрять пациента задавать вопросы;
 - говорить с пациентом честно и прямо;
 - проявлять чуткость, сообщая «тяжелую» информацию;
 - быть готовым говорить о смерти;
 - уметь чувствовать, когда пациент готов говорить о смерти¹.

Темы рефератов:

1. Феномен деинституализации психиатрии.
2. Работа М. Фуко «История безумия в классическую эпоху» и ее роль в истории социальной психиатрии.
3. Правовые аспекты оказания психиатрической помощи в Республике Беларусь.
4. Информированное согласие в психиатрии.
5. Принцип автономии личности в наркологии.
6. Особенности оказания медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.
7. ВИЧ как профессиональное заболевание: юридическая и социальная защита медицинских работников.
8. Основные принципы коммуникации с ВИЧ-инфицированными.

Вопросы для самоконтроля:

1. Раскройте зависимость психиатрии от социокультурного контекста.
2. Какие юридические документы регулируют оказание психиатрической помощи в Беларуси?
3. Перечислите основания для принудительной госпитализации и лечения в психиатрическом стационаре в Республике Беларусь.
4. Перечислите права граждан при оказании им психиатрической помощи.
5. Объясните сущность этических проблем в наркологии.
6. Перечислите этические проблемы, возникающие в связи с распространением ВИЧ/СПИДа.
7. Имеет ли врач моральное право отказаться от оказания помощи ВИЧ-инфицированному?
8. Что такое нозологическая форма заболевания?
9. В чем заключаются особенности коммуникации с пациентами с различными нозологическими формами заболеваний?
10. Какие коммуникативные навыки необходимы при общении врача с ВИЧ-инфицированными пациентами?

¹ <http://mprj.ru>. Роль медицинских коммуникаций.

РАЗДЕЛ IV КОММУНИКАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ТЕМА 10. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ ТЕОРИИ КОММУНИКАЦИИ

Самый совершенный язык тот, который выражает наибольшее количество понятий наименьшим количеством слов.

П. Буаст

1. **Понятие коммуникации. Виды и функции коммуникации.**
2. **Структура коммуникативного процесса. Модели коммуникации.**

Ключевые понятия: коммуникация, виды коммуникации, элементы коммуникативного процесса: отправитель, кодирование, декодирование, получатель, канал коммуникации, обратная связь, барьеры коммуникации; модели коммуникации, уровни коммуникации, преграды коммуникации.

10.1. ПОНЯТИЕ КОММУНИКАЦИИ.

Виды и функции коммуникации

В настоящее время к проблеме коммуникации обращаются многочисленные научные дисциплины: психология, социология, политология, культурология, лингвистика, философия, экономика, биология, технические науки и многие другие. Каждая из перечисленных наук затрагивает различные аспекты коммуникации и коммуникативных процессов. В середине XX в. оформляется теория коммуникации — междисциплинарная область исследования сущности и роли коммуникации в обществе, содержания и структуры коммуникативных процессов, эффективных способов коммуникации, коммуникативных барьеров и т. д.

Термин «**коммуникация**» (от лат. *communicatio* — сообщение, передача и от *communicare* — делать общим, беседовать, связывать, сообщать, передавать) был введен в научный оборот в начале XX в. и в широком смысле означает обмен информацией и способы взаимодействия, с помощью которых создается, передается и принимается информация системами различной природы.

Следует отметить, что понятие «коммуникация» многозначно и имеет следующие основные значения:

1. Универсальное (предельно широкое): коммуникация — это способ связи любых объектов материального и духовного мира.
2. Техническое: коммуникация — путь сообщения, связь одного места с другим, средства передачи информации и других материальных и идеальных объектов из одного места в другое.
3. Биологическое: коммуникация — обмен информацией между живыми системами. Широко используется в биологии, особенно в разделе этологии, при исследованиях сигнальных способов связи у животных, птиц, насекомых и т. д.

4. Социальное: коммуникация — специфическая форма взаимодействия людей по передаче информации, осуществляющаяся при помощи языка и других знаковых систем. Теория коммуникации чаще всего обращается именно к данному значению термина, т. е. к социальной коммуникации.

Согласно теории коммуникации, любое коммуникативное взаимодействие основано на определенных законах (постулатах):

– коммуникация представляет собой взаимодействие, характеризующееся обменом разного рода информацией, следовательно, должно быть не менее двух сторон — участников коммуникативного взаимодействия;

– коммуникация как информационное взаимодействие основана на принципе обратной связи, т. е. предполагает ответную реакцию получателя на информацию, поступившую от источника;

– коммуникация имеет знаковый характер. Не существует коммуникации без определенной системы знаков, которые могут быть самой разной природы;

– «закон минимального основания»: для осуществления коммуникации необходимо наличие хотя бы одного общего для источника и приемника основания в виде системы знаков или правил приема и передачи, кодирования и декодирования информации;

– «закон гетерогенности коммуникативных систем» — коммуникация возможна лишь при несовпадении (неполном совпадении) информационных потенциалов взаимодействующих систем;

– закон возрастания коммуникативных потребностей людей;

– закон ускорения и увеличения объема информационного обмена;

– закон системной организации и упорядочения структур посредством коммуникации, согласно которому разрыв коммуникативных связей неизбежно приводит к дезорганизации или даже гибели системы.

В теории коммуникации сложились различные подходы к классификации коммуникации¹. Исходя из наиболее значимых оснований можно выделить следующие виды коммуникации:

1. По *субъектам, участвующим в коммуникации*: внутриличностная (личностная), межличностная, внутригрупповая, межгрупповая, публичная, массовая.

Внутриличностная коммуникация возникает внутри индивидуума в том случае, если человек обсуждает проблемы сам с собой, ищет решения, задает себе вопросы и сам же отвечает на них.

Межличностная коммуникация — вид личностно-ориентированного общения, связанный с обменом сообщениями и их интерпретацией двумя или более индивидами, вступившими в определенные отношения между собой.

Внутригрупповая коммуникация — взаимодействие внутри структурированной группы.

Межгрупповая коммуникация — вид взаимодействия людей, детерминируемый их принадлежностью к различным социальным группам и категориям населения, независимый от их межличностных связей и индивидуальных предпочтений.

¹ Классификация приводится по: Шарков Ф. И. Коммуникология. Основы теории коммуникации. Москва, 2013.

Публичная коммуникация — вид институционального (статусно-ориентированного) общения с публикой (значительным числом слушателей).

Массовая коммуникация — процесс систематического распространения информации, передача специально подготовленных сообщений с помощью различных технических средств на численно большие, анонимные, рассредоточенные аудитории. Массовая коммуникация является регулятором динамических процессов общественного сознания, интегратором массовых настроений, а также мощным средством воздействия на индивидуальность и группы.

2. По **сфере осуществления коммуникации**: быденная, политическая, деловая, научная, в здравоохранении, в образовании и др.

3. По **средствам коммуникации**: вербальная и невербальная.

Вербальная коммуникация осуществляется с помощью знаковых систем, символов, главным среди которых является язык.

В качестве невербальных коммуникативных средств используется поза, жесты, мимика, выражение лица, взгляд и др. К невербальной коммуникации относят: кинетику (поза тела, мимика, жесты, походка); такесику (рукопожатие, похлопывание по спине или плечу, прикосновения, поцелуи); экстра- и паралингвистику (просодику) (громкость голоса, тембр, темп речи, паузы, покашливания); окулесику (направление взгляда, его длительность, частота контакта); проксемику (ориентация, дистанция, размещение за столом).

4. По **способу установления контакта**: непосредственная и опосредованная.

Непосредственная коммуникация осуществляется напрямую с использованием вербальных и невербальных средств в пределах визуального восприятия (например, беседа, публичное выступление).

Опосредованная коммуникация — взаимодействие, осуществляемое через посредника с помощью различных средств коммуникации, включая технические (телефон, видеосвязь, телевидение, Интернет и др.).

5. По **взаимодействию в организациях**: внутренние и внешние, горизонтальные и вертикальные.

Внутренние коммуникации представляют собой взаимодействие в пределах одной организации. К таким коммуникациям можно отнести взаимодействие члена организации с ее структурными подразделениями, а также структурных подразделений организации между собой.

Внешние коммуникации — это система связей любой социальной системы с внешними социальными образованиями, которые существуют вне ее.

Горизонтальные организационные коммуникации — взаимодействие между отдельными подразделениями организации, которые находятся на одном уровне.

Вертикальные организационные коммуникации — коммуникации между подразделениями организации, находящимися на разных уровнях. Вертикальные коммуникации подразделяются на нисходящие и восходящие. Коммуникативный поток, который перемещается от высокого к более низкому уровню, является нисходящим. Он используется руководителями групп для постановки задач, описания работ, информирования о процедурах с тем, чтобы выделить проблемы, требующие внимания, предложить варианты обратной связи по результатам работы. Восходящая информация от более низкого к более высокому уровню используется

для обратной связи подчиненных с руководителем с целью информирования о результатах работы и текущих проблемах.

6. По *степени организованности*: случайные и неслучайные (организованные).

Случайные коммуникации возникают стихийно. Происходит незапланированный обмен информацией между людьми. При этом могут обсуждаться деловые вопросы и даже приниматься достаточно ответственные решения.

Неслучайные коммуникации специально организованны и имеют ярко выраженную цель и задачи.

Функции коммуникации:

- информативная или инструментальная (передача информации и упорядочение информационных потоков);
- интегративная (обеспечение связи между людьми, различными видами человеческой деятельности);
- культурологическая (обеспечение преемственности развития материальной и духовной культуры, трансляции накопленного опыта);
- экспрессивная (возбуждение или изменение характера эмоциональных переживаний, убеждение в чем-либо, развлечение);
- регулятивная (социализация и воспитание, социальный контроль, внедрение социальных норм).

В реальном коммуникативном процессе, даже в одном, отдельно взятом коммуникативном акте, могут сочетаться несколько функций, одна или две из которых будут основными, определяющими.

10.2. Структура коммуникативного процесса. Модели коммуникации

Коммуникативный процесс — это процесс передачи информации от одного человека к другому или между группами людей по разным каналам и при помощи различных коммуникативных средств (вербальных, невербальных и др.).

В самом общем виде коммуникативный процесс можно описать следующим образом: отправитель (источник) передает определенное сообщение получателю. Сообщение может быть закодировано с помощью вербальных или невербальных знаков, символов. Получателю для понимания смысла передаваемого сообщения необходимо его раскодировать (декодировать). Также коммуникация предполагает обратную связь, благодаря которой отправитель убеждается, что сообщение дошло до адресата и соответствующим образом интерпретировано.

Таким образом, в коммуникативном процессе можно выделить несколько элементов:

1. **Источник (отправитель) сообщения.** Отправитель — создатель сообщения, лицо, которое передает информацию. В качестве источника могут выступать отдельные индивиды, группы людей, общественные институты (государственные учреждения (например, учреждения здравоохранения), политические партии, общественные организации, фирмы).

2. **Кодирование и декодирование.** Кодирование — процесс шифрования информации при помощи набора символов и знаков. Цель кодирования — доведение замысла (идеи) отправителя до получателя; обеспечение такой интерпретации со-

общения получателем, которая адекватна замыслу отправителя. Для этого используются системы кодов — символов и знаков, которые одинаково понятны отправителю и получателю. В теории коммуникации под кодированием часто понимают соответствующую переработку исходной идеи сообщения с целью ее доведения до адресата. Например, система здравоохранения может представить информацию населению в виде брошюр, листовок, рекламных роликов на радио и телевидении, пресс-конференций и т. д. Декодирование — это обратный процесс перевода закодированного сообщения на язык, понятный получателю, т. е. процесс выявления первоначального замысла, исходной идеи отправителя, понимания смысла его сообщения. Если смысл сообщения будет адекватно расшифрован получателем, то его реакция будет именно такой, какую и стремился вызвать отправитель (источник) сообщения.

3. **Сообщение** — это осмысленная и соответствующим образом (с помощью языка или других знаковых систем) закодированная информация. Сообщение может быть передано при личной беседе, в ходе выступления перед аудиторией, с помощью прессы, радио, телевидения, электронной почты, блога и т. д. Содержание сообщений составляют какие-либо сведения, факты, аргументы, выводы, мнения, идеи, размышления, эмоции и т. д. Обычно сообщения — это высказывания или тексты. Но в невербальной коммуникации сообщением может быть изображение (дорожный знак, схема, рисунок, фотография), физический предмет (архитектурное сооружение как сообщение о его предназначении, подарок как знак признательности и т. д.).

Известный канадский мыслитель М. Маклюэн полагал, что «средство и есть сообщение», т. е. не столько важно само содержание сообщения, сколько то, какие средства для этого используются. Средства коммуникации (алфавит, печать, пресса, радио, телевидение, Интернет) определяют не только форму сообщения, но и содержание, подчиняя его тем или иным типам кодификации реальности, а также задают характер восприятия мира. В современном обществе, которое М. Маклюэн называет «электронным обществом», «глобальной деревней», доминируют электронные средства передачи информации, которые обуславливают мозаичный принцип восприятия мира, основанный на аудиовизуальной образности и эмоциональности.

4. **Канал коммуникации** — средство, с помощью которого сообщение передается от источника к получателю. Каналы можно разделить на следующие:

- естественные — каналы, возникающие в сфере полисенсорного взаимодействия человека с другими людьми и с внешним миром при участии разных органов чувств (зрения, слуха, кожно-тактильной рецепции и др.), а именно: аудиальные, визуальные и иные каналы;
- искусственные (технические) — линии телефонной, радиосвязи, транспортные артерии, Интернет и др.

5. **Получатель** — тот или те, кому адресовано сообщение. Именно для него, собственно, и осуществляется коммуникация. Получателем может быть одно лицо, группа лиц, общество в целом или какая-то его часть. Когда в роли получателя выступает более чем одно лицо, его (получателя) называют аудиторией коммуникации. Характеристики получателя являются одним из важнейших факторов, определяющих эффективность коммуникации. Способность получателя воспринимать и декодировать посланное ему сообщение во многом определяется компетентностью

получателя, его жизненным опытом, групповой принадлежностью, ценностными ориентациями, общей культурой, социокультурными рамками, в которых осуществляется коммуникативный процесс.

6. **Обратная связь** — ответная реакция получателя на сообщение источника. При обратной связи коммуникация становится двусторонним процессом, что позволяет обеим сторонам корректировать свои цели и свое поведение по отношению друг к другу.

7. **Барьеры (шумы, помехи) коммуникации** — все то, что препятствует эффективной коммуникации и блокирует ее, при этом переданная информация может быть принята не полностью, в искаженном виде или не принята вовсе.

В качестве оснований классификации коммуникативных барьеров целесообразно выделить среду (внешние условия) коммуникации, технические средства коммуникации и самого человека как главного действующего лица любого коммуникативного акта¹.

Контекст коммуникации — это окружение, в котором происходит процесс коммуникации. Контекст может быть:

- физическим — включает местоположение (в метро, офисе, кафе и др.), условия окружающей среды (жарко или холодно);
- социальным — включает в себя цель коммуникации, то, в какой ситуации происходит событие (на деловой встрече, в кругу друзей и т. д.);
- историческим — включает связи, сформировавшиеся между участниками в предыдущих коммуникативных разговорах;
- психологическим — включает настроения и чувства, которые каждый из собеседников привносит в общение;
- культурным — включает убеждения и ценности каждого из участников разговора.

Модели коммуникации. Коммуникативный процесс может приобретать различные формы в зависимости от числа участников, целей участвующих сторон, используемых каналов коммуникации и др. Отсюда и большое количество моделей коммуникации, представленных в научной и учебной литературе.

Модель коммуникации — это схематизированное, упрощенное отражение реального коммуникативного процесса. В модели коммуникации воспроизводятся составные элементы и функциональные характеристики коммуникации в виде схемы. Модели в теории коммуникации используются, во-первых, как методологический прием, основной целью которого является объяснение коммуникативных процессов, во-вторых, как схематизированное, упрощенное отражение реального коммуникативного процесса, необходимое как инструмент управления им.

За время, прошедшее с момента появления теории коммуникации, было разработано огромное количество моделей, каждая из которых по-своему отражает структуру, элементы и динамику процесса коммуникации. Большинство моделей было создано в XX в. Но первая из известных моделей была предложена еще Аристотелем в IV в. до н. э.

¹ Основы теории коммуникации: учебник / под ред. проф. М. А. Василика. Москва, 2005.

Модель Аристотеля. В «Риторике» древнегреческий философ писал, что речь складывается из трех элементов: из самого оратора, из предмета, о котором он говорит, и из лица, к которому он обращается. Эти элементы воспроизводятся, хотя и в измененной форме, и в последующих моделях коммуникации.

Классическая линейная модель Г. Лассуэлла. В 1948 г. американский ученый Г. Лассуэлл предложил свою модель коммуникации. Она получила название классической линейной модели коммуникации. Лассуэлл разработал ее на основе опыта ведения пропаганды в армейских подразделениях во время Второй мировой войны. Эта модель могла в равной степени быть использована для анализа массовой коммуникации и любого коммуникативного действия, которое раскрывается по мере ответа на последовательно возникающие вопросы: кто? сообщает что? по какому каналу? кому? с каким эффектом?

Так как исследования Лассуэлла касались деятельности средств массовой информации, то в первую очередь изучалось их влияние на аудиторию. В целом результативность коммуникации оценивалась на основании возникшего интереса к содержанию сообщения или отсутствию такого интереса у аудитории.

Техническая модель К. Шеннона – У. Уивера. В этой модели основным средством коммуникации выступает телефонная связь. В структурную схему модели входят следующие элементы: источник — это тот, кто делает звонок (передает сообщение); сообщение — передаваемая информация; телефонный передатчик — кодирующее устройство, преобразующее звуковые волны в электрические импульсы; телефонный провод — канал; телефонный приемник — декодер, осуществляющий обратное преобразование электрических импульсов в звуковые волны; приемник — человек, которому адресовано сообщение. При этом разговор может сопровождаться постоянными помехами (шумами), возникающими на линии связи. В этой ситуации участники коммуникации пытаются максимизировать количество информации, передаваемой по линии связи.

По Шеннону и Уиверу, преодоление шумов может быть достигнуто путем использования избыточности сигналов.

Избыточность — повторение элементов сообщения для предотвращения коммуникативной неудачи. Считается, что все естественные языки приблизительно наполовину избыточны: можно залить чернилами половину слов текста или стереть половину слов в радиовыступлении, и при этом сохранится возможность понять их. Но есть предел допустимого шума, за порогом которого возможность понимания резко снижается.

Лингвистическая модель Р. Якобсона. В своей работе «Лингвистика и поэтика» он представил речевую коммуникацию в виде следующих шести элементов, каждому из которых соответствует своя функция языка:

АДРЕСАНТ (эмотивная функция)	Адресант непосредственно выражает свое отношение к теме и ситуации: <i>по моему мнению..., я считаю..., мне кажется, что...</i>
АДРЕСАТ (конативная функция)	Внимание сосредоточено на адресате (обращения и императивы, привлечение внимания, побуждение): <i>Оставьте меня в покое!, По газонам не ходить!</i>

КОНТЕКСТ (референтивная функция)	Наиболее обычная функция: внимание сосредоточено на объекте, теме, содержании дискурса: <i>Солнце восходит на востоке. Прогресс — направление развития от низшего к высшему, поступательное движение вперед, повышение уровня организации, усложнение способа организации</i>
СООБЩЕНИЕ (поэтическая функция)	Фокусировка на самом сообщении и ради сообщения; иногда называется «праздничной» функцией: <i>Визин: Ясный взгляд — в мгновение ока</i>
КОНТАКТ (фатическая функция)	Использование коммуникативной системы для начала, поддержания и окончания общения, фокусировка на контактном элементе ситуации: <i>Ты слушаешь?, Алло? — Да-да!, Учебное пособие предназначено для студентов-медиков</i>
КОД (метакоммуникативная функция)	Сосредоточение внимания на самом коде; теория языка и коммуникации представляют собой метаязык для описания коммуникативного процесса: <i>Жи-ши пишется с буквой «и»</i>

В теории коммуникации разработано множество моделей коммуникативного процесса, в более поздних моделях, как правило, внимание исследователей сосредоточено на анализе получателя (чаще всего аудитории и ее потребностей).

Темы рефератов и докладов:

1. Понятие коммуникации. Коммуникация и общение.
2. Виды и функции коммуникации.
3. Коммуникативный процесс и его элементы.
4. Теория средств коммуникации Маршалла Маклюэна.
5. Социально-психологические модели коммуникативного процесса.
6. Лингвистические модели коммуникации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию коммуникации.
2. Охарактеризуйте основные законы теории коммуникации.
3. Перечислите основные виды коммуникации. Кратко охарактеризуйте каждый из них.
4. Приведите примеры различных видов коммуникации в сфере здравоохранения.
5. Назовите и охарактеризуйте элементы коммуникативного процесса.
6. Перечислите условия эффективной коммуникации.
7. Охарактеризуйте базовые модели коммуникативного процесса. Чем обусловлено многообразие коммуникативных моделей?
8. Какие модели являются наиболее эффективными для анализа реальных коммуникативных процессов в сфере здравоохранения?

ТЕМА 11. ОРГАНИЗАЦИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ПРОЦЕССА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Если больному после разговора с врачом не стало легче, то это не врач.

В. М. Бехтерев

1. **Коммуникации в деятельности медицинских работников.**
2. **Межличностные отношения и взаимодействия людей в малых группах.**
3. **Методы формирования навыков коммуникации. Скрипты и техники коммуникаций.**
4. **Организация коммуникационного процесса в системе здравоохранения.**
5. **Механизмы повышения эффективности коммуникации в сфере здравоохранения.**

Ключевые слова: коммуникации в здравоохранении, малая группа, межличностное общение, формальное общение, анонимное общение, манипулятивное общение, светское общение, коммуникативные навыки, коммуникативные навыки врача, принципы терапевтических отношений, аксиомы человеческой коммуникации, медицинское интервью, преграды в межличностных коммуникациях, преграды в организационных коммуникациях.

11.1. КОММУНИКАЦИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Подготовка специалистов в области высшего медицинского образования обеспечивает квалифицированных, грамотных, психологически и социально компетентных врачей. Современный врач должен владеть когнитивными и поведенческими навыками принятия клинических решений, навыками эффективного поведения в процессе профессионального взаимодействия с пациентами, их родственниками и коллегами, высокоразвитыми коммуникативными навыками, профессиональной компетентностью.

Под коммуникацией в сфере здравоохранения понимается коммуникационное поле, в котором представлены органы государственной власти, специалисты здравоохранения, СМИ, организации и эксперты, заинтересованные в сохранении и укреплении здоровья населения. Целевой группой данной коммуникации является население.

Коммуникация в сфере здравоохранения включает:

- профессиональную коммуникацию между медицинскими работниками, врачом и пациентом (родственниками пациента);
- поиск, предоставление и использование информации, касающейся здоровья;
- разработку отдельных сообщений и коммуникативных кампаний в сфере общественного здоровья;
- распространение информации о факторах, угрожающих индивидуальному и общественному здоровью;

- создание в масс-медиа и культуре в целом положительных образов, связанных со здоровьем;
- обучающие программы, цель которых — обеспечить населению доступ к услугам системы здравоохранения и медицинского страхования.

Цели коммуникации в сфере здравоохранения:

1. Повышение уровня информированности населения по вопросам здоровья.
2. Формирование положительного отношения к здоровому образу жизни.
3. Повышение уровня индивидуальной ответственности за собственное здоровье.
4. Создание положительного образа структуры здравоохранения.

Принципы эффективной коммуникации в сфере здравоохранения:

- компетентность — коммуникация в сфере здравоохранения должна быть основана на фактах и имеющихся научных данных. С ее помощью люди получают правдивую и полезную информацию по вопросам здоровья и приобретают поведенческие навыки, способствующие сохранению здоровья. При этом коммуникация по вопросам здоровья должна происходить на простом и понятном для людей языке;
 - достоверность — вся информация основывается на результатах научных исследований или на опыте, которому можно доверять. Все источники информации называются прямо, чтобы с ними можно было при желании ознакомиться;
 - нейтральность — коммуникация в области здравоохранения не должна преследовать коммерческих целей и личной выгоды. Однако она может использовать рекламу и коммерческое партнерство для усиления воздействия информации;
 - этичность — возможное сотрудничество с коммерческими структурами должно быть открытым и направленным на сохранение здоровья населения. Рекламная информация должна быть четко отделена от информации, основанной на научных исследованиях;
 - равноправность — каналы передачи информации (личный контакт, СМИ, Интернет и т. д.), содержание и язык нужно выбирать таким образом, чтобы суть сообщения дошла до всех представителей целевой группы, в том числе и тех, чье здоровье наиболее подвержено угрозе;
 - точность — сообщения не должны содержать неточностей, фактических ошибок, интерпретаций, оценочных суждений;
 - доступность — информация должна быть размещена именно там, где целевая аудитория получит к ней доступ. Выбор места, времени и формы подачи информации зависит от специфики целевой аудитории, целей и сложности сообщения. Это может быть личный контакт, размещение информации в социальных сетях, на информационных Интернет-порталах, рекламных щитах, ролики на телевидении, на информационных стойках;
 - всестороннее освещение — там, где это возможно, сообщение должно содержать информацию о рисках и преимуществах того или иного выбора или, например, о существовании различных обоснованных подходов к проблеме;
 - последовательность — сообщение должно быть внутренне непротиворечивым, а также согласовываться с информацией из других источников;
 - культурный контекст — замысел, исполнение и итоговая оценка кампании должны учитывать специфические проблемы той группы населения, к которой от-

носится целевая аудитория (этнической, расовой, языковой и т. д.), а также ее образовательный уровень и социальное положение;

– повторяемость — информация должна быть доступна на протяжении достаточно долгого времени; если же сообщение транслируется через СМИ, то необходимо предусмотреть повторную трансляцию. Это поможет усилить воздействие на целевую аудиторию и донести информацию до максимально возможного числа людей;

– своевременность — лучшее время для передачи сообщения наступает в тот момент, когда аудитория наиболее восприимчива к определенной информации или нуждается в ней.

11.2. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛЮДЕЙ В МАЛЫХ ГРУППАХ

Большая часть жизни человека протекает в малых группах: в семье, учебных, трудовых, приятельских общностях. Именно здесь происходит формирование личности. **Малая группа** — это небольшое объединение людей, которое связано непосредственным взаимодействием и обладает качественными признаками, такими как: контактность (возможность каждого члена группы регулярно общаться друг с другом, воспринимать и оценивать друг друга, обмениваться информацией, взаимными оценками) и целостность (социальная и психологическая общность индивидов, входящих в группу, позволяющая воспринимать их как единое целое).

Так, социальный психолог Александр Донцов, изучающий психологию малых групп, межличностных отношений, выделяет 8 признаков, характеризующих поведение людей в малой группе:

1. Регулярно и продолжительно контактируют лицом к лицу, без посредников.
2. Обладают общей целью, реализация которой позволяет удовлетворить их значимые потребности и интересы.
3. Участвуют в общей системе распределения функций и ролей во внутригрупповом взаимодействии.
4. Разделяют общие нормы и правила взаимодействия внутри группы и в межгрупповых ситуациях.
5. Удовлетворены членством в группе и поэтому испытывают чувства солидарности друг с другом и благодарности группе.
6. Обладают ясным и дифференцированным представлением друг о друге.
7. Связаны стабильными эмоциональными отношениями.
8. Представляют себя как членов одной группы и аналогично воспринимаются со стороны.

Малая группа подвижна, что обусловлено взаимодействием членов группы между собой, а также внешними воздействиями на группу. Существуют фазы развития группы — это периоды групповой деятельности, отличные друг от друга позициями и чувствами участников, определяющими психологическую атмосферу в группе.

Обычно выделяют 3 фазы развития группы:

1. Ориентация и зависимость. Группа встревожена, обеспокоена, зависима. Члены группы ждут от ведущего инструкций и указаний. Иногда в этой фазе раз-

вивается псевдосплоченность, вызванная стремлением снизить уровень напряжения. Участники заняты обсуждением второстепенных или общеизвестных вещей.

2. Конфликт и протест. Эта фаза характеризуется конфликтами между членами группы и группы с руководителем. Особенно ярко проявляются протестные реакции в слабоструктурированных группах. Опыт работы показывает, что в нашей культуре людям гораздо легче выражать негативные, отрицательные чувства, чем положительные. Некоторые ведущие специалисты провоцируют участников на открытое выражение агрессивных чувств, чтобы показать, что агрессия — это не всегда плохо. Принятие агрессии ведущим способствует снятию напряжения и увеличению чувства безопасности у членов группы.

3. Сплоченность и сотрудничество. В этой фазе развивается сплоченность, искренность, открытость, спонтанность. Повышается ответственность и активность участников, что способствует целенаправленной групповой деятельности. Под сплоченностью понимают взаимное тяготение членов группы друг к другу. Это универсальное групповое явление наблюдается во всех тренинговых группах. Например, психолог Курт Левин определяет сплоченность как результат действия положительных сил взаимного притяжения и отрицательных взаимного отталкивания. Развитию сплоченности уделяют особое внимание, поскольку она является взаимным фактором успешности участников в достижении групповых задач. Сплоченность ведет к созданию в группе атмосферы безопасности, снижению психического напряжения, установлению искренних, доверительных отношений между участниками. Следует помнить, что важно поддерживать динамическое равновесие между сплоченностью и напряжением, иначе группа может остановиться в своем развитии, не достигнув значимых групповых целей. Поэтому в ряде случаев сплоченность можно рассматривать как сопротивление изменениям, которое нуждается в отдельном осознании и проработке.

Группа не всегда проходит 3 фазы развития. Возможен путь, где ведущий сначала организует и направляет активность группы, помогает выработать нормы, а затем постепенно с позиции руководителя переходит на позиции наблюдателя.

Основные принципы построения межличностного общения. Коммуникация — понятие, близкое к понятию общения, но шире по объему. Общение — одна из сфер человеческой жизни. Виды и формы общения многообразны. Это процесс взаимодействия между людьми, в ходе которого возникают, проявляются и формируются межличностные отношения. Общение между людьми происходит в различных формах, которые зависят от его уровня, цели, характера. Существует множество различных классификаций форм общения, но наиболее типичными формами общения являются следующие:

1. **Формальное общение** — различной продолжительности связи между людьми, выполняющими определенные функции по отношению друг к другу (пассажир — проводник, врач — пациент и т. д.). В формальном общении отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски вежливости, безразличия, участливости и т. д. Собеседник воспринимается как сторонник совместного договора, который заключается в том, что их поведение строится в соответствии с определенными нормами. Здесь человек лишается определенной спонтанности своих реакций, но обретает чувство принад-

лежности, социальной защищенности, включенности в группу, где задаются определенные образцы поведения («Я врач, Вы пришли ко мне на прием и, следовательно, ... Вы должны...» и т. д.). Подобный выбор такого вида общения со стороны врача может быть у участкового врача, который обусловлен профессиональной перегрузкой. Конечно, помимо формального общения существует и неформальное. Оно возможно и с товарищами по работе, но лишь в том случае, если оно происходит за рамками служебных отношений (например, контакты между коллегами во время досуга и др.).

2. Анонимное общение — взаимодействие между незнакомыми или несвязанными личными отношениями людьми. Здесь понимают любые временные связи между индивидами, в которых они выступают как граждане, зрители, пассажиры, посетители и т. д.

3. Манипулятивное общение — общение, направленное на извлечение выгоды от собеседника с использованием разных приемов в зависимости от особенностей его личности (обман, демонстрация доброты, запугивание и др.). Манипулятор стремится достичь своих целей в ущерб целям собеседника, умело скрывая это, используя знание психологических особенностей характера и личности собеседника. В медицине известен способ «ипохондризация пациента» (ипохондрия — от др.-греч. ἰπο-χόνδριον — область тела под хрящевыми (ложными) ребрами) — ипохондрическое расстройство, ипохондрический синдром. Его суть заключается в преподнесении заключения врача о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств. Целью такой манипуляции может быть снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием врача ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента, а также этот прием используется, когда пациент не выполняет рекомендации врача.

4. Светское общение — это закрытое общение, потому что точки зрения людей на тот или иной вопрос не имеют никакого значения и не определяют характера коммуникаций. Как правило, люди говорят не то, что думают, а то, что положено говорить в подобных ситуациях (соблюдай интересы другого, избегай возражений, будь доброжелателен).

5. Деловое общение — это общение, возникающее тогда, когда учитываются особенности личности, характера, возраста, настроение собеседника. Интересы дела более значимы, чем возможные личностные расхождения, при этом собеседник воспринимается как равноправный компаньон. Выделяют принципы делового общения:

- кооперативности;
- достаточности информации;
- качества информации (честность);
- целесообразности (не отклоняйся от темы, сумей найти решение);
- умения выражать мысль ясно и убедительно;
- умения слушать и понимать;
- умения учитывать индивидуальные особенности собеседника ради интересов дела.

Общение представляет собой сложное полифункциональное явление, в основе которого лежит обмен деятельностью и ее результатами, а также информацией, умениями, навыками, опытом.

Условно можно выделить три стороны общения:

1. Коммуникативная. Общение — это коммуникация, т. е. обмен информацией, которая по содержанию может отличаться (решение деловых вопросов, сообщение о погоде, обсуждение новостей и др.). Поэтому коммуникация в общении всегда значима для ее участников, т. к. обмен сообщениями происходит ради достижения целей. Практически для каждого собеседника важно уметь общаться таким образом, чтобы его правильно понимали, слушали и слышали. Стоит отметить, что для врача умение донести до пациента свое мнение, свою точку зрения, свои знания — это необходимая часть профессии.

2. Интерактивная. Понятие «интерактивность» (от англ. interaction — взаимодействие) раскрывает характер и степень взаимодействия между объектами или субъектами. Действие — главное содержание общения. Даже общаясь, мы используем такие термины, как «он надавил на меня», «я не поддержал его», «он нанес мне удар» и др. То есть мы постоянно реагируем на действия собеседника, в одной ситуации нам кажется, что мы отстаиваем себя, в другой — обижают нас. Смысл и содержание взаимодействия невозможно понять вне определенной ситуации, при этом очень важно уметь соотносить действие и ситуацию, т. к. одну и ту же ситуацию партнеры способны расценить по-разному. Каждому человеку присущ свой стиль общения, который накладывает характерный отпечаток на его действия в любой ситуации. Стиль общения определяется жизненным опытом, отношением к людям и той формой общения, которая предпочтительна в обществе (прил. 4).

3. Перцептивная. Понятие «перцепция» (от лат. perceptio — восприятие) раскрывает чувственное познание предметов окружающего мира. Перед каждым из нас возникают вопросы о том, как происходит «чтение» другого человека, т. е. мы расшифровываем значение его внешних данных и раскрываем смысл получающегося текста, что позволяет нам понимать его поведение. Также появляется необходимость определения истоков и механизмов поведения, поэтому важно знать, что стоит за словами «восприятие и понимание другого в общении». Наиболее часто применяется схема восприятия, которая срабатывает в случае неравенства собеседников в той или иной сфере. Мы оцениваем человека, превосходящего нас в чем-то для нас важном, более положительно, чем равного нам человека. Людей же, которых мы в чем-то превосходим, мы недооцениваем. Чем внешне более привлекателен для нас человек, тем лучше он воспринимается нами во всех отношениях, в противном случае и остальные его качества недооцениваются. Люди, которые хорошо к нам относятся, кажутся нам значительно лучше тех, кто к нам относится плохо.

Из этого можно было бы сделать вывод о том, что первичное восприятие другого человека всегда ошибочно, но это не совсем так. Специальные исследования показывают, что каждый взрослый человек, имеющий достаточный опыт общения, способен точно определить почти все характеристики собеседника. Но для того, чтобы понимать собеседника, необходимы не столько знания и опыт, сколько особое отношение к нему, особая направленность на него. Какими бы опытными мы не были, для понимания другого человека необходимо знать, о чем он думает, какова его точка зрения и за что он переживает.

11.3. МЕТОДЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ. СКРИПТЫ И ТЕХНИКИ КОММУНИКАЦИЙ

Коммуникативные навыки — навыки общения. Хорошие коммуникативные навыки врача позволяют:

- из коммуникации с пациентом получить большую часть информации (до 80 %), необходимой для постановки диагноза;
- в значительной мере определить комплаенс (англ. compliance — согласие, соответствие; происходит от глагола to comply — исполнять, т. е. готовность пациента следовать плану лечения, рекомендациям) и, таким образом, результат лечения;
- повысить удовлетворенность пациента оказанной помощью;
- повысить удовлетворенность врача своей работой, обучение этим навыкам способствует личностному росту.

Коммуникативные навыки врача делятся на следующие:

- 1) базовые: навыки межличностного взаимодействия, навыки сбора информации, навыки передачи информации;
- 2) продвинутые: навыки общения в специфических ситуациях (передача плохих новостей, подготовка пациента к болезненным процедурам, калечащим операциям, телефонный контакт и т. д.); навыки общения с особыми категориями пациентов (неизлечимые пациенты, пациенты, находящиеся в терминальном состоянии, враждебно настроенные, не сотрудничающие, манипулирующие пациенты, дети, пожилые и т. д.).

Принципы терапевтических отношений. Взгляды известного американского психолога Карла Роджерса на отношения терапевт – пациент можно отразить в так называемой «триаде Роджерса»:

1. Безусловное положительное принятие пациента: терапевт принимает пациента таким, какой он есть, не требуя от него какого-то определенного поведения. Даже если поведение пациента невозможно одобрить или санкционировать, психотерапевт все равно демонстрирует принятие и эмоциональную теплоту. Этот постулат основывается на естественной человеческой потребности в безусловном принятии, которая в норме впервые проявляется в отношениях ребенка с матерью. Терапевтическое принятие не нуждается в отдаче, а эмоциональная теплота не должна быть властной.

2. Эмпатия: понимание психологического состояния пациента. Эмпатическое понимание включает в себя признание, принятие и сообщение о чувствах или содержаниях переживания в относительных (внутренних) рамках пациента, т. е. «его языком». Психотерапевт пытается отражать сказанное пациентом и вдобавок к тому, что тот выразил непосредственно, старается облечь в слова и сообщить ему составляющие переживания как нечто такое, что он, психотерапевт, считает понятным. Психотерапевт может также сказать, какие проблемы скрываются за поведением и высказываниями пациента, т. е. увидеть, что находится глубже как на эмоциональном, так и мотивационном уровне. В исследованиях невролога и нейропсихолога Оливера Сакса показано, что для терапевтического успеха пациента решающими являются прежде всего точные эмпатические высказывания терапевта «углубляющего» характера.

Последователи К. Роджерса начали придавать особое значение теории процесса, которые старались найти и проанализировать пути, которыми пациенты приходят к позитивным изменениям. Так, Баррет-Леннард дифференцировал концепцию эмпатии как трехфазный процесс:

- терапевт переживает эмпатию;
- сообщает ее (эмпатию) пациенту;
- пациент воспринимает эмпатию.

Именно воспринятая пациентом эмпатия имеет непосредственное отношение к терапевтическому успеху.

3. Аутентичность и конгруэнтность терапевта.

Аутентичность (от др.-греч. αὐθεντικός — подлинный) — подлинность, спонтанность в отношениях с пациентом. Терапевт непринужденно и искренне общается с пациентом, в том числе и о своих собственных мыслях и чувствах, если необходимо.

Конгруэнтность (от лат. congruens, -ntis — соразмерный, соответствующий) — соответствие вербальной и невербальной частей коммуникации. Высказывания терапевта не противоречат его мировоззрению, его Я-концепции, жизненному опыту и невербальным проявлениям. Он озвучивает то, что на самом деле думает и чувствует.

Американским психологам Полу Вацлавику и Грегори Бейтсону принадлежит заслуга описания некоторых свойств коммуникации, имеющих большое прикладное значение в контексте межличностного взаимодействия и названных ими **аксиомами человеческой коммуникации**. Знание данных свойств позволяет объяснить то, что исследователь назвал патологической коммуникацией, т. е. осложнения, способные привести к тупикам в межличностном общении, а также к психическим расстройствам. Рассмотрим важнейшие аксиомы.

Аксиома 1. Невозможность избежать коммуникации. Если признать, что любое поведение в ситуации взаимодействия обладает информационной ценностью, т. е. является коммуникацией, становится очевидным, что как бы человек ни старался, он не может не вступить в коммуникацию. Активность или пассивность, слова или молчание — все это передает информацию: влияет на других людей, которые, в свою очередь, не могут не ответить на эту коммуникацию и, следовательно, сами в нее вступают. Если люди просто не разговаривают друг с другом или не обращают друг на друга внимания, это вовсе не опровергает утверждений, сделанных выше. Человек у стойки бара, который смотрит прямо вперед, пассажир, сидящий в самолете с закрытыми глазами, — оба они ясно сообщают, что не хотят ни с кем разговаривать, и окружающие обычно прекрасно понимают эти сообщения и оставляют их в покое. Очевидно, что это такая же коммуникация, как и оживленная дискуссия.

Можно выделить ряд стратегий ухода от общения (или сообщений о нежелании вступать в коммуникацию):

- прямая демонстрация (в более или менее грубой форме) нежелания общаться; правда, поскольку такое поведение не соответствует правилам вежливости, оно требует определенного мужества и способствует возникновению довольно напряженного и неловкого молчания, что на самом деле и означает наличие коммуникации;
- стратегия наименьшего сопротивления, когда один из партнеров неохотно поддакивает другому или со всем соглашается;

– дисквалификация коммуникации, когда один из партнеров действует так, что сводит на нет как собственные сообщения, так и сообщения другого человека. К этой технике относится широкий спектр коммуникационных феноменов: противоречивые высказывания, непоследовательность, перемена темы, неполные предложения, неправильное понимание, невразумительность или манерность речи, буквальное толкование метафор или метафорическое понимание буквальных замечаний и т. д.

Для того, чтобы не обидеть собеседника, но в то же время показать, что в данный момент общение нежелательно, человек может притвориться спящим, глухим, пьяным, сделать вид, что не понимает языка собеседника или изобразить наличие любого другого дефекта, свидетельствующего об оправданно невозможной коммуникации. Во всех этих случаях сообщение остается одним и тем же, а именно: «Я бы не возражал поговорить с тобой, но есть то, что мне мешает, что сильнее меня, то, в чем я не виноват».

Таким образом, невозможность не вступать в коммуникацию делает все ситуации, в которые включены два или более человека, межличностными, коммуникационными.

Аксиома 2. Любая коммуникация имеет уровень содержания и уровень отношения. В процессе коммуникации не только передается информация, но и одновременно определяется характер отношений между коммуникаторами. Уровень содержания — это та информация, которая передается в сообщении. При этом неважно, является ли данная информация правдивой, ложной, надежной, неправильной или неразрешимой. На уровне отношений передается то, как это сообщение должно быть воспринято. Характер отношений можно ясно понять из контекста, в котором происходит коммуникация. Например, в содержании фразы «Закройте дверь» заключается вполне определенное действие, но эта фраза может быть произнесена по-разному: как команда, как просьба, как предложение и т. д.

Избранный способ выражения содержит сообщение о том, какими видят партнеры свои взаимоотношения: доброжелательными или враждебными, равными в социальном отношении или зависимыми; чувствуют себя спокойно и комфортно или переживают состояние тревоги и волнения и т. д.

Аксиома 3. Пунктуация последовательности событий. Люди организуют свое взаимодействие, опираясь на собственное представление о важном и неважном, причинах и следствиях поступков, на интерпретацию смысла происходящего. Эти смысловые доминанты организуют поведенческие события, оказывая существенное влияние на происходящее взаимодействие (подобно тому, как знаки пунктуации задают смысл предложению).

Несогласие относительно пунктуации последовательности событий лежит в основе возникновения бесконечных проблем во взаимоотношениях. Мы не можем быть уверены ни в том, что другой обладает тем же объемом информации, ни в том, что он сделает такие же выводы из этой информации. Решение вопроса о том, что является важным, а что нет, совершенно по-разному происходит у разных людей. Во всех случаях рассогласованной коммуникационной организации обычно наблюдается конфликт относительно того, что является причиной, а что следствием наблюдаемого события.

Примером патологической коммуникации, вызванной нарушением последовательности причин и следствий, является эффект «самоосуществляющегося

пророчества». Это поведение, которое вызывает у окружающих такую реакцию, на которую это поведение было бы естественным ответом. Например, человек, строящий свое поведение на основе предпосылки «никто меня не любит», будет вести себя недоверчиво, демонстрируя массу защитных реакций, или агрессивно. Такое поведение вряд ли вызовет симпатию окружающих, что подтвердит изначальную предпосылку этого человека. При этом сам человек ошибочно считает, что он просто реагирует на отношение окружающих, а не провоцирует его.

Аксиома 4. Цифровой и аналоговый уровень коммуникации. Человек — единственный организм, использующий оба вида коммуникации: цифровой и аналоговый. Под цифровым уровнем коммуникации понимают передачу конкретных звуков, образующих слова и подразумевающих под собой определенные объекты, явления и др. Аналоговый уровень — фактически невербальная информация, которая подразумевает не только телодвижения, позы, жесты, выражения лица, интонацию голоса, последовательность, ритм и модуляции слов, но и контекст, в котором происходит коммуникация. Эти два аспекта взаимно дополняют друг друга. Так, цифровой уровень несет фактическую информацию, но ему не достает семантики (смысла) в области отношений, в то время как у аналогового языка есть семантика, но нет адекватного синтаксиса (конкретного содержания) для недвусмысленной характеристики взаимоотношений.

Аксиома 5. Симметрическое и комплиментарное взаимодействие. Отношения между людьми базируются либо на равенстве, либо на отличии. В первом случае партнеры стараются скопировать поведение друг друга, поэтому их отношения можно назвать симметрическими. Коммуникация в таком случае имеет единый вектор направленности. Например, два хвастуна, общаясь друг с другом и все больше преувеличивая свои достижения, потенцируют друг друга в одном направлении.

Во втором случае поведение одного партнера дополняет поведение другого. Такой тип взаимодействия называется комплиментарным. Например, чем больше один из собеседников доминирует в общении, тем больше второй занимает подчиненную позицию и тем самым в свою очередь потенцирует еще большее доминирование первого и т. д. Симметричные отношения, таким образом, характеризуются равенством и минимизацией различий, в то время как особенностью комплиментарного взаимодействия является доведение различий до максимума.

В комплиментарных взаимоотношениях можно выделить две различные позиции. Один партнер занимает более высокую, важную, первичную позицию, а другой — подчиненную, вторичную, более низкую. Эти понятия довольно полезны, если их не приравнять к словам «хороший» или «плохой», «сильный» или «слабый». Комплиментарные отношения могут устанавливаться социальной или культурной средой (как в случае взаимоотношений матери и младенца, врача и пациента, учителя и ученика) или быть характерным стилем отношений данной диады. В любом случае важно подчеркнуть, что природа этих отношений носит взаимозависимый характер, разные типы поведения взаимно дополняются.

Нельзя сказать, что один из партнеров установил комплиментарные отношения с другим, скорее, каждый ведет себя так, что это предполагает и одновременно является причиной поведения другого.

Симметричность и комплиментарность сами по себе не являются «хорошими» или «плохими», «нормальными» или «ненормальными». Оба вида взаимоотношений выполняют важные функции. Но они чреваты патологией. В симметричных взаимоотношениях постоянно присутствует опасность соревновательности, когда происходит потеря стабильности и так называемый сбой, что приводит к ссорам и конфликтам между индивидами.

Таким образом, патология в симметричных взаимоотношениях характеризуется более или менее открытой враждой.

В здоровых симметричных взаимоотношениях партнеры способны уважительно относиться друг к другу, что ведет к появлению доверия и уважения со стороны другого. Когда симметричные отношения нарушаются, можно наблюдать, скорее, отвержение, а не игнорирование личности другого. В свою очередь патологические изменения комплиментарных взаимоотношений проявляются в игнорировании, а не отвержении личности другого (например, мать, которая продолжает обращаться со своим взрослым сыном, как с ребенком).

Здесь же можно выделить парадоксальную коммуникацию. В частности, Вацлавик предложил коммуникационную теорию развития шизофрении — концепцию «двойной петли» (double bind). Предполагается, что шизофрения — результат неправильной коммуникации в семье, когда к ребенку предъявляются взаимоисключающие требования, например, проявлять инициативу и быть послушным.

Общение, будучи сложным социально-психологическим процессом взаимопонимания между людьми, осуществляется по следующим основным каналам: речевому (вербальному) и неречевому (невербальному). Следовательно, средства коммуникации делятся на вербальные (слова) и невербальные (поза, жесты, мимика, взгляд, дистанция, одежда, запах и т. д.).

Вербальное средство общения, как речь, одновременно выступает и источником информации, и способом воздействия на собеседника. В структуру речевого общения входят:

- значение и смысл слов, фраз. Важную роль играют точность употребления слова, его выразительность и доступность, правильность построения фразы и ее доходчивость;

- речевые звуковые явления, к которым относятся темп речи (быстрый, средний, замедленный), модуляция высоты голоса (плавная, резкая), тональность голоса (низкая, высокая), ритм (прерывистый, равномерный), дикция, интонация;

- выразительные качества голоса: характерные специфические звуки, возникающие при общении (смех, хмыканье, плач, вздохи, шепот), разделительные (кашель) и нулевые (паузы) звуки.

Среди вербальных средств общения выделяют комплименты, похвалы и поддержку.

Вербальные навыки врача должны соответствовать ряду требований:

- речь врача должна быть грамотной, последовательной, логичной, четкой, структурированной;

- в речи не должно быть ненужных повторов, слов-паразитов, диалекта, медицинского жаргона, канцеляризмов;

– по возможности стоит избегать употребления медицинских терминов, употребляя их, необходимо в обязательном порядке объяснить пациенту значение этих терминов. Главное требование — речь врача должна быть понятной пациенту и соответствовать его уровню образования, интеллекта, возрасту, социальному статусу.

Невербальные средства общения изучают несколько наук: кинесика исследует внешние проявления человеческих чувств и эмоций (мимику — движения мышц лица, жестику — жестовые движения отдельных частей тела, пантомимику — моторику всего тела: позы, осанку, походку, поклоны); такесика — прикосновения в ситуации общения (поглаживания, дотрагивания, рукопожатия, отталкивания и др.); проксемика — расположение объектов общения в пространстве.

В человеческом контакте выделяют ряд зон (дистанций):

– интимная зона (15–45 см), в которую допускаются лишь близкие, хорошо знакомые люди. Для нее характерны доверительность, негромкий голос в общении, тактильный контакт, прикосновения. Вторжение в интимную зону в процессе общения всегда воспринимается собеседником как покушение на его неприкосновенность;

– личная зона (45–120 см) соблюдается в обыденной беседе с друзьями и коллегами. Предполагает только визуально-зрительный контакт между партнерами;

– социальная зона (120–400 см) обычно соблюдается во время официальных встреч в служебных помещениях, как правило, с людьми, которых не очень хорошо знаешь;

– публичная зона (свыше 400 см) предполагает общение с большой группой людей — в лекционной аудитории, на демонстрации и т. д.

Мимика (движение мышц лица, отражающее внутреннее эмоциональное состояние) как вербальное средство общения способна дать истинную информацию о том, что переживает человек. 70 % информации несут мимические выражения, потому что лицо может сказать больше, чем произнесенные слова.

Жесты при общении несут в себе также много информации. Выделяют: жесты-иллюстраторы (своеобразные движения руками), жесты-регуляторы (улыбка, кивок, направление взгляда, выражающие отношение говорящего к чему-либо), жесты-эмблемы (своеобразные заменители слов или фраз в общении, например, сжатые вместе руки на манер рукопожатия на уровне руки означают во многих случаях «здравствуйте»), жесты-адапторы (специфические привычки человека, связанные с движениями рук, как почесывание, касание партнера, поглаживание, перебирание отдельных предметов), жесты-аффекторы (выражают определенные эмоции через движение тела и мышц лица).

В использовании невербальных средств также надо соблюдать ряд правил. В ходе интервью поза врача должна быть открытой (т. е. руки и ноги не скрещены), что говорит собеседнику о готовности к контакту и вызывает больше доверия. Закрытую позу можно использовать лишь в том случае, когда надо прервать пациента, перестав демонстрировать ему активное слушание. Выражение лица должно быть спокойным и доброжелательным, мимика должна быть достаточно живой, меняющейся в соответствии с содержанием высказываний. Жестикуляция врача должна быть умеренной, необходимо избегать жестов агрессии, превосходства, а также тревоги и неуверенности.

Дистанция, на которой врач и пациент находятся во время интервью, должна составлять около 50–100 см (персональная зона). Если расстояние больше (зона социального общения), то контакт не будет доверительным, разговор будет носить формальный характер, на таком расстоянии невозможно сообщать о себе личную информацию. Расстояние ближе 50 см воспринимается человеком как продолжение себя (интимная зона), куда допускаются лишь очень близкие люди. Врач в ходе интервью должен вторгнуться в эту зону во время проведения физикального обследования, что всегда является дискомфортом для пациента, поэтому лучше попросить разрешения («Мне необходимо Вас осмотреть. Вы не против?»). Во время разговора врач должен большую часть времени смотреть на верхнюю треть лица собеседника, обмениваясь с ним взглядом. Отсутствие визуального контакта воспринимается как отсутствие контакта вообще, поэтому не стоит делать записи или отворачиваться, пока пациент что-то рассказывает.

В одежде и аксессуарах, равно как в макияже и парфюмерии, стоит придерживаться делового стиля и умеренности. Любые знаки принадлежности к профессии (врачебный халат, фонендоскоп, висящий на шее, и т. д.) подчеркивают статус врача, увеличивают его значимость в глазах пациента, но при этом увеличивают дистанцию.

Каждый человек обладает своеобразной, неповторимой манерой общаться. По общим характерным чертам собеседников можно объединить в три группы:

- доминантный – недоминантный;
- мобильный – ригидный;
- экстраверт – интроверт.

Когда доминантный собеседник обращается к кому-нибудь, его не слишком заботят вопросы: поймут ли? не помешаю ли? и т. д. Ему присуща подсознательная уверенность: «отвечать или не отвечать — мое право». Доминант напорист, легко перебивает других, зато, повышая голос, не позволяет им перебивать себя или замолкает, как бы вынуждая партнера повторить свои высказывания. Если между ним и собеседником существует разлад, доминант либо язвительно насмешлив, либо резок и груб, либо замкнут.

Недоминантный собеседник очень чуток, уступчив, он легко теряется, терпелив, когда его перебивают. Лишь в случае мирного разговора такой собеседник смеется и начинает настаивать на своем.

Мобильный собеседник общается с легкостью. Однако он легко может отвлечься от собеседника, но тем не менее по первому зову снова включается в разговор. Речь его быстра, тороплива, одно выражение лица сменяется другим. Проститься с ним так же легко, как и разговаривать.

Ригидному собеседнику требуется время, чтобы включиться в беседу, даже если он вполне решительный, уверенный в себе человек. Он слушает внимательно, говорит неспешно, вдумчиво, мысль излагает подробно и понятно. Общение с ним в какой-то мере изматывает, особенно нетерпеливую личность. Распроститься с ним сразу невозможно.

Стоит отметить, что, когда собеседник сверх меры мобилен, следует подстроиться под его темп, даже если это вначале снижает содержательность общения. Если же собеседник, напротив, ригиден, надо поставить перед собой задачу проявлять долготерпение, т. к. торопить собеседника, раздражаться — значит усугублять расхождение.

Экстраверт очень расположен к общению. В отсутствие собеседника и возможности поговорить он по-настоящему скучает. Экстраверт очень любопытен. Ему также непонятно нежелание другого общаться, такую позицию он толкует как враждебную.

Интроверт не склонен к активному общению. Его собеседнику приходится вникать в его причудливый и сложный ассоциативный мир. Интроверт тяготеет к общению, обычно выбирает несколько собеседников, похожих на него самого. Идеальное общение с интровертом — с глаза на глаз. Присутствие других давит на него, а подчас и лишает дара речи.

Медицинское интервью. В структуре медицинского интервью выделяют три части: открытие интервью, сбор информации, заключительную часть. Важной составляющей медицинского интервью является вещественное окружение, в котором интервью проходит. Обстановка кабинета создает первое впечатление о враче и может существенно влиять на эмоциональное состояние пациента. Важную роль играет расположение врача и пациента в кабинете во время интервью: между ними не должно быть стола (поскольку любые предметы между собеседниками психологически увеличивают дистанцию между ними и блокируют возможность доверительного контакта), нельзя, чтобы пациент был повернут лицом к окну (или другому источнику света) в то время, как врач сидит спиной к свету и его лицо находится в тени (это повышает уровень тревоги и дискомфорта пациента).

Интервью начинается с приветствия. Врач должен поздороваться с пациентом (как бы он не был занят в это время), при этом вербальная и невербальная часть приветствия должны соответствовать друг другу и культурным нормам. Далее врач предлагает пациенту сесть и указывает место (а не пациент сам выбирает, куда ему сесть, или долго стоит, ожидая приглашения от врача). Если встреча первая, после приветствия следует знакомство. Врач должен представиться (назвать свое имя, отчество, фамилию, должность), а также поинтересоваться, как зовут пациента и как к нему обращаться. После этого нужно предложить пациенту сформулировать цель визита.

В ходе сбора информации необходимо придерживаться ряда принципов, в частности, соблюдать баланс открытых и закрытых вопросов. В начале интервью задаются только открытые (предполагающие развернутый ответ) вопросы, которые позволяют получить много информации. В середине открытые и закрытые вопросы задаются примерно в равных соотношениях. Закрытые вопросы предполагают ответ «да» или «нет», они не позволяют получать новую информацию, а помогают уточнить уже имеющиеся сведения. В конце интервью должны задаваться только закрытые вопросы. Стоит избегать наводящих вопросов и вопросов, в которых заложен ответ («У Вас ведь болит голова, правда?»).

В ходе сбора информации необходимо прояснять все слова пациента, которые не до конца понятны врачу или могут иметь неоднозначный смысл. Если пациент затрудняется изложить информацию, можно помочь ему, предложив несколько вариантов ответов. Периодически в ходе интервью нужно вслух суммировать полученную информацию и делать резюме. Врач должен демонстрировать эмпатическое (активное) слушание, которое показывает пациенту, что его не только слушают, но и слышат, понимают и сопереживают. Это достигается за счет использования соответствующих вербальных (слов, выражающих поддержку, одобрение, предложение продолжить рассказ) и невербальных (кивков, внимательного выражения лица, открытой

позы, наклона туловища и т. д.) средств общения. Врач должен руководить ходом интервью, направляя рассказ пациента в необходимое русло, а не позволять пациенту долго рассказывать о не относящихся к делу деталях и событиях. Руководство интервью также осуществляется за счет невербальных и вербальных сигналов.

После завершения сбора информации начинается заключительная часть интервью, в ходе которой врач должен вслух суммировать всю полученную информацию и подвести итог: сообщить диагноз, рассказать, какие действия необходимо предпринять дальше (например, какие нужны обследования для уточнения диагноза или какое необходимо принимать лечение). Нужно не только устно давать пациенту рекомендации, но и стоит написать памятку. При этом следует очень четко и понятно объяснить, для чего необходимо каждое сделанное назначение (препарат, анализ), каким образом его нужно выполнять. Такая информация существенно повышает степень комплаенса. С этой же целью следует рассказать пациенту о его заболевании. В конце интервью стоит проверить степень понимания пациентом информации, которую ему сообщил доктор, особенно в том, что касается назначений и рекомендаций, и в случае надобности еще раз коротко ее повторить. В конце беседы, если это необходимо, назначается следующая встреча, и интервью завершается.

Коммуникация — это процесс двустороннего обмена информацией, ведущий к взаимному пониманию. Если не достигается взаимопонимания, коммуникации не состоялось. Чтобы убедиться в успехе коммуникации, необходимо иметь обратную связь о том, как вас люди поняли, как они воспринимают вас, как относятся к имеющейся ситуации. Таким образом, в процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания. От чего это зависит?

Во-первых, форма и содержание сообщения существенно связаны с личными особенностями говорящего, его представлениями о слушающем и отношением к нему и к ситуации, в которой происходит общение. Во-вторых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности слушающего, его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет выслушано с должным вниманием, а замечание соседа — с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой — как «вечную придирку».

11.4. ОРГАНИЗАЦИЯ КОММУНИКАЦИОННОГО ПРОЦЕССА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Коммуникация в сфере здравоохранения способна оказывать воздействие на разных уровнях:

- на индивидуальном уровне (основополагающим для коммуникации является наличие межличностных отношений, связанных прежде всего со здоровьем, поскольку именно индивидуальное поведение в конечном итоге влияет на состояние здоровья);
- на групповом уровне (работа с неформальными группами, т. е. неформальное общение, к которым принадлежат пациенты, а также с окружающей человека

средой, которая может оказывать значительное воздействие на здоровье, например, с учениками и родителями в школьной обстановке; коллегами на работе; пациентами, медицинскими работниками клиник);

- на уровне организации (работа с группами, обладающими определенной структурой, например, с ассоциациями, правительственными организациями, которые могут распространять сообщения, касающиеся здоровья, по своим каналам обеспечивать поддержку программ в области здравоохранения и влиять на стратегические решения организации, которые поддерживают изменения на индивидуальном уровне);

- на уровне сообществ (работа с лидерами, которые могут оказывать влияние на формирование политики в сфере здравоохранения. Воздействуя на сообщества, коммуникационные кампании могут увеличивать объем знаний граждан и менять их отношение к конкретной проблеме, а также оказывать поддержку какой-либо социальной группе или организовывать институциональную поддержку);

- на уровне общества (общество в целом влияет на поведение индивидуума, воздействует на формирование его ценностей, мнений, а также создавая вокруг него информационную среду. Таким образом, коммуникация в области здравоохранения на уровне общества призвана вызывать изменения в отношении к конкретным проблемам и способствовать формированию новой социальной нормы (например, кампании, направленные на отказ от курения в коллективах и др.). Такого рода кампании могут быть ориентированы на все уровни.

Как отмечает И. В. Яковлева, планирование таких коммуникативных кампаний в области здравоохранения предполагает применение большого количества методов, среди которых можно выделить следующие:

- расширение медиа-грамотности, которая заключается в обучении потенциальной аудитории, особенно несовершеннолетних, методам деконструкции медиа-сообщений с целью выявления мотивов тех, кто производит сообщения; также участники коммуникации знакомятся с принципами создания сообщений, соответствующих мнению потенциальной аудитории;

- организация информационной поддержки в СМИ, направленной на изменение социальной и политической обстановки, в которой принимаются решения, оказывающие воздействие на здоровье или ресурсы в области здравоохранения; привлечения внимания СМИ к определенной проблематике и подготовка последующих дискуссий;

- использование рекламы как инструмента размещения сообщений в СМИ или в общественных местах для расширения осведомленности населения и поддержки продукта, услуги или желательного типа поведения;

- обращение к игровым методам обучения, которое направлено на внедрение в формат развлекательных и новостных программ сообщений о поддержке здорового образа жизни, а также сюжетных линий, описывающих здоровый образ жизни. Эти методы призваны нивелировать сообщения, которые провоцируют и пропагандируют нездоровый образ жизни. Также данный подход предполагает поиск взаимодействия с индустрией развлечений для продвижения тематики здоровья и здорового образа жизни;

- метод группового и индивидуального консультирования, призванный разъяснить и обучить людей навыкам поддержания желательного поведения.

Следует выделить механизмы повышения качества организационных коммуникаций в системе здравоохранения:

- грамотное управление организацией здравоохранения в целом;
- стратегическое планирование коммуникации;
- социальное партнерство — взаимодействие всех заинтересованных сторон (организаций здравоохранения, СМИ, государства, общественных организаций);
- стимулирование и мотивирование работников здравоохранения к качественной коммуникации;
- профессиональный контроль качества информации в сфере здравоохранения.

Таким образом, мы видим, что эффективная коммуникация организационного процесса в системе здравоохранения может быть, если: во-первых, правильно намечена цель; во-вторых, выделена потенциальная аудитория; в-третьих, созданы сообщения, которые ориентированы на заинтересованную аудиторию.

11.5. МЕХАНИЗМЫ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОММУНИКАЦИИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Как уже отмечалось, коммуникации в сфере здравоохранения осуществляются на нескольких уровнях. В связи с этим можно выделить преграды в межличностных коммуникациях и в организационных коммуникациях.

Преграды в межличностных коммуникациях:

- непонимание важности сообщения участниками коммуникации;
- отсутствие навыков общения у участников коммуникации;
- разница в восприятии (одну и ту же информацию люди понимают по-разному, в зависимости от накопленного опыта);
- неправильная установка на сознание, т. е. неправильное отношение человека к полученной информации, вызванное: стереотипами мышления (например, идея «в водке калорий меньше, чем в пиве»); предвзятыми представлениями; отсутствием внимания и интереса; пренебрежением фактами и привычкой делать заключения при отсутствии достаточного количества фактов;
- семантические барьеры — многозначность слов, которые могут быть по-разному поняты отправителем и получателем информации;
- невербальные преграды — неправильно подобранные жесты, интонация, мимика, модуляция голоса;
- отсутствие обратной связи, т. е. реакции на услышанное, прочитанное или увиденное.

Механизмы повышения качества межличностных коммуникаций в сфере здравоохранения:

- изложение медицинской информации в максимально популярной форме с использованием: простого и понятного языка, примеров из повседневной жизни, персонификации информации по отношению к конкретному человеку, ролевых моделей (истории друзей, знакомых, знаменитостей и др.), позитивных примеров, которым хочется следовать, а не негативных («твоя кожа станет свежей и сияющей, когда ты бросишь курить» вместо «если ты будешь курить, у тебя разовьется рак кожи, что является причиной летальных исходов»);

- визуализация информации (иллюстрации, плакаты, графики, фильмы);
- пробуждение эмоций для формирования мотивации;
- терпимость и уважение к чужим ценностям, даже если они отличаются от собственных.

Преграды в организационных коммуникациях:

- искажения сообщения — непреднамеренное или преднамеренное искажение информации при передвижении ее с уровня на уровень;
- информационные перегрузки — большой объем информации, что влечет за собой возможное отсеивание важной информации из-за субъективной оценки ее значимости руководителем какого-то уровня;
- неудовлетворительная структура организации: отсутствие стратегии и плана коммуникации, отсутствие специалистов по вопросам коммуникации в здравоохранении, недостаток ресурсов и финансирования (из-за чего все проекты по укреплению здоровья рассчитаны не более чем на 1–5 лет), конфликты между подразделениями, которые приводят к неправильной интерпретации информации.

Механизмы повышения качества организационных коммуникаций в сфере здравоохранения:

- грамотное управление организацией здравоохранения в целом;
- стратегическое планирование коммуникации;
- социальное партнерство — взаимодействие всех заинтересованных сторон (организации здравоохранения, СМИ, государства, общественных организаций);
- стимулирование и мотивирование работников здравоохранения к качественной коммуникации;
- профессиональный контроль качества информации в сфере здравоохранения.

Темы рефератов:

1. Коммуникативные навыки эффективного общения врача с пациентом в различных ситуациях.
2. Коммуникативные навыки эффективного общения врача с родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях.
3. Навыки сбора информации о состоянии пациента.
4. Особенности приветствия пациента.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что такое коммуникации в сфере здравоохранения?
2. Что включает в себя понятие «коммуникации в сфере здравоохранения»?
3. Каковы цели коммуникаций в сфере здравоохранения?
4. Каковы принципы эффективной коммуникации в сфере здравоохранения?
5. Дайте определение понятию «малая группа».
6. Какими признаками характеризуется поведение в малых группах?
7. Перечислите типичные формы общения.
8. Перечислите основные этапы медицинского интервью.
9. Определите механизмы повышения качества организационных коммуникаций в сфере здравоохранения.

ТЕМА 12. ЛИДЕРСТВО И РУКОВОДСТВО

Люди спрашивают, в чем разница между лидером и боссом. Лидер ведет за собой, а босс управляет.

Теодор Рузвельт

1. **Лидерство и руководство: разграничение понятий.**
2. **Стили и виды лидерства, их характеристика.**
3. **Влияние лидера на рабочий процесс.**
4. **Ситуационное лидерство и готовность работников к выполнению поручений.**

Ключевые понятия: руководство, лидерство, авторитарное лидерство, демократическое лидерство, пассивное лидерство, консервативное лидерство, инновационное лидерство, ответственный лидер, эффективный лидер, психологический лидер, модель ситуационного лидерства.

12.1. ЛИДЕРСТВО И РУКОВОДСТВО: РАЗГРАНИЧЕНИЕ ПОНЯТИЙ

В настоящее время вопрос лидерства в медицине является одним из наиболее актуальных. Мы живем в эпоху информационного общества, где двумя основными составляющими являются знание и умение вести за собой людей. Будущему врачу необходимо владеть и тем, и другим компонентами, чтобы эффективно взаимодействовать как с пациентами, так и с коллегами.

Нередко понятие лидерства путают с понятием руководства. В чем заключается схожесть и отличия между ними?

Традиционно **руководство** определяется как процесс управления и организации деятельности на различных предприятиях и по сути является формальным критерием. Понятие руководства связано с официальным положением в группе.

Лидерство можно определить как процесс социального влияния, благодаря которому лидер получает поддержку со стороны других членов сообщества для достижения цели. Природа лидерства, несмотря на достаточно большое количество трудов, посвященных этой теме, до сих пор остается вопросом, требующим дополнительных исследований. Ученые на сегодняшний день не пришли к единому мнению, какие психологические черты являются для лидеров наиболее важными: некоторые называют интеллект, другие склоняются к понятию харизмы, инициативности, уверенности в себе.

Функции руководителя и лидера сильно отличаются.

Предполагается, что руководитель регулирует и контролирует официальный аспект отношений в своей организации. Сфера действий руководителя гораздо шире, чем у лидера. Это связано с тем, что он является представителем вверенной ему группы в более широких системах. Руководитель вправе применять официальные рычаги поощрения и наказания, четко прописанные в различного рода кодексах и условиях контрактов. Решения руководителя обусловлены целым

рядом факторов, не связанных с самой деятельностью группы. В целом, нужно отметить, что руководству свойственно стабильность и отсутствие спонтанных, стихийных решений.

Лидер, в отличие от руководителя, появляется стихийно, он не обладает официальными рычагами воздействия на группу, степень его влияния часто обусловлена настроением, царящими в самой группе. Решения лидера распространяются строго в границах его группы.

12.2. Стили и виды лидерства, их характеристика

Лидерство — понятие личностное и сугубо индивидуальное. Как правило, лидеров очень трудно сравнивать между собой. Именно поэтому существует и множество градаций стилей лидерства. В целом, все они могут быть сведены к следующим критериям:

- характеристика взаимоотношений с окружающим коллективом;
- гибкость мышления, способность воспринимать перемены;
- ориентированность на цель;
- природа авторитета;
- доминирующая функция лидера.

По отношению к ближайшему окружению традиционно выделяют **авторитарный, демократический и пассивный стиль лидерства**. Данная классификация, предложенная в 1939 г. Куртом Левином — немецким и американским психологом, не утратила своей актуальности и по сей день.

Авторитарное лидерство предполагает четкие указания по поводу того, что следует выполнить и в какие сроки. При этом любое решение принимается единолично, точка зрения группы не учитывается. В дальнейшем это может привести к напряжению во взаимоотношениях между лидером и группой. Отрицательной стороной такого типа лидерства является отсутствие творческого подхода у подчиненных. Данный стиль лидерства приемлем, если временные ресурсы для принятия решения ограничены, а сам руководитель является наиболее опытным и знающим членом группы.

В настоящее время теоретики социальной психологии утверждают, что наиболее эффективным является демократический (или коллегиальный) стиль лидерства. В его рамках любой член группы может спокойно выразить свою точку зрения на проблему и предложить решение. Люди, находящиеся в команде демократического лидера, как показывают исследования, трудятся количественно меньше, чем при авторитарном лидере, но качество их работы существенно выше. При этом последнее слово в принятии решений остается все-таки за лидером, а не группой. Это помогает предотвратить организационный хаос.

Либеральный (пассивный) стиль лидерства является самым неэффективным из всех рассмотренных выше. Отмечается низкая самостоятельность сотрудников, пассивность, отсутствие сплоченности в коллективе, нечеткое распределение ролей, резкое снижение мотивации. Такой тип лидерства допустим, если группа представляет собой сообщество исключительных профессионалов и трудится при этом в резко очерченной, узкой области. При любых других обстоятельствах либеральный тип лидерства лучше заменить демократическим.

По отношению к переменам выделяют два типа лидерства: **консервативный** и **инициативный**. Основными чертами консервативного лидерства являются стабильность и постоянство. Такой руководитель ориентируется в первую очередь на устоявшиеся правила и нормы. Он является прекрасным стратегом, сохраняет спокойствие в самые трудные моменты, отличается терпеливостью, рассудительностью, прекрасно составляет планы. В то же время специалисты отмечают, что для этого типа характерно слишком пристальное внимание к мелочам и некоторая скучность.

Инициативный тип лидерства является абсолютной противоположностью консервативному. Если консервативный тип следует правилам, то инициативный предпочитает вообще их не замечать, очень часто выходя за рамки и просто разрушая сложившиеся нормы. Инициативный лидер отличается решительностью, смелостью, упорством в достижении целей, умением нестандартно посмотреть на ситуацию. В качестве слабых сторон необходимо отметить отсутствие чувства сопереживания, неумение трезво оценивать ситуацию, импульсивность и завышенные ожидания как по отношению к себе, так и по отношению к сотрудникам. Такой тип лидерства может обещать с равным успехом коллективу как победу, так и поражение.

Инициативный тип лидерства подразделяется на несколько крупных подтипов: *реформационный, революционный, реалистический, авантюристический*.

Лидер-реформатор, как правило, предпочитает постепенный путь достижения целей. Лучше всего такой стиль управления описывает понятие эволюции. Этот человек нацелен на мягкое преобразование существующих в коллективе норм и поэтапное изменение ситуации. Главное, на что нацелен такой руководитель, — изменение сознания членов коллектива. Модель реформационного (преобразующего) лидерства имеет ряд существенных черт. Среди них необходимо выделить следующие:

- в управлении участвуют как лидер, так и остальные члены группы, здесь руководитель не стоит над организацией, а является ее непосредственной частью. Очень важной характеристикой такого типа лидерства является умение применять метод критической оценки членами коллектива по отношению к себе и своим коллегам;

- отношения в группе при лидере-реформаторе можно определить как атмосферу доверия. В то же время есть опасность, что в ближайшем окружении лидера окажутся люди, не мыслящие творчески, а просто соглашающиеся с выдвигаемыми лидером идеями.

Модель революционного лидерства предполагает изменение самого фундамента системы во всех аспектах. Такой путь связан с огромными потрясениями для коллектива, что в свою очередь имеет ряд негативных последствий. Революционер отрицает уже существующие ценности и создает новые, но путь этот является чрезмерно энергозатратным, потраченные усилия не всегда отвечают полученным результатам.

Отдельно стоит лидер-авантюрист. Ему чужды любые рациональные доводы, в своей деятельности он, как правило, ориентируется на интуицию, поэтому его решения часто носят импульсивный характер. Нередко такой лидер жертвует интересами группы в угоду личной выгоде.

Наиболее приемлемым типом руководителя для коллектива является реалист. Он формулирует цели исходя из ресурсов группы, четко осознает возможные результаты, как негативные, так и позитивные.

По отношению к достижению цели выделяют также **инструментальный** и **эмоциональный** типы лидерства. Инструментальное лидерство направлено на решение задач, стоящих перед коллективом, определение наиболее приоритетных целей, анализ имеющихся ресурсов, поощрение и наказание членов группы и др. Такой тип лидерства требует от человека высокого уровня компетентности, заключающегося в овладении необходимыми знаниями, навыками, методами и т. д.

Эмоциональное лидерство связано с настроениями, царящими внутри группы. Таким образом, лидер здесь является ответственным за чувства, испытываемые членами коллектива, за так называемый «боевой дух» команды. За счет усилий, направленных лидером, формируется сплоченность коллектива, формируются внутригрупповые связи, проявляется единство коллег, развивается коллективная ответственность. Таким образом, основная цель такого типа лидерства — поддержание эмоциональных отношений среди членов коллектива.

Одной из первых концепций лидерства является *теория Макса Вебера*. Основное достижение его типологии — это открытие и описание принципа харизмы. Вебер выделяет три следующих вида лидерства: **традиционное**, **харизматичное** и **рациональное**. Традиционное лидерство тесно связано с понятием патриархального общества и норм, продиктованных его основными чертами. Основными представителями такого лидерства являются патриархи и патримониальные князья, здесь основным авторитетом обладают существующие веками нравственные и правовые нормы, а лидер получает власть по наследству.

Рациональный тип лидерства обусловлен законодательством и является по сути назначением на ту или иную должность на основе деловой компетентности. Такой лидер характерен для современных обществ.

Харизматичный лидер обладает определенным набором уникальных личностных качеств, которые позволяют ему оказывать на людей огромное влияние. Наиболее ярко черты харизматичного лидерства проявляются у военных героев, пророков, а также политических демагогов. Если рациональное и традиционное лидерство характерно для спокойных периодов истории, то лидеры-харизматики появляются во времена великих потрясений. Поскольку влияние такого человека на людей огромно, его жизнь и сама личность обрастают огромным количеством легенд. Ему присущи такие черты, как радикализм, желание подорвать основы существующего строя.

Большой вклад в типологизацию критериев лидерства внес Эрик Берн, занимавшийся исследованием психологии групп. В предложенной им типологии исследователь выделили три больших класса лидеров: **ответственный**, **эффективный** и **психологический**.

Под ответственным лидером понимается представитель коллектива, несущий ответственность перед вышестоящими структурами. Это может быть, например, начальник отдела, филиала, администратор и т. д. В большинстве случаев это член коллектива, являющийся его официальным представителем, назначенным в адми-

нистративном порядке. Он всегда и везде на виду, находится на амбразуре и т. д. По сути он является фасадом группы.

Эффективный лидер является тем, кому на самом деле принадлежит право принимать решения в коллективе. При этом его позиция в группе может быть равным образом как обозначена, так и не обозначена. Но именно он разрабатывает стратегию и тактику действий команды. В какой-то мере эффективного лидера можно сравнить с серым кардиналом, он предпочитает оставаться в тени, одновременно вся власть сосредоточена в его руках. Вычислить эффективного лидера в коллективе достаточно легко — им является тот, на чьи вопросы отвечают раньше других и чьи решения в патовых ситуациях принимаются безоговорочно, в обход любых критических фильтров, существующих в коллективе.

Психологический лидер связан с эмоциональным фоном группы. В глазах подчиненных он стоит «чуть-чуть ниже бога» (так называемый эвгемер — личность, которой приписываются качества бога: самый умный, прекрасный и т. д.). Например, эвгемером является врач для пациентов в больнице. В их глазах он бессмертен, обладает возможностью излечить от болезней и, естественно, не имеет права подхватить даже насморк.

Необходимо понимать, что данная выше классификация является теорией, в реальности часто встречаются случаи, когда в коллективе типы ответственного, эффективного и психологического лидера могут быть сосредоточены в одном человеке, а могут быть присущи разным людям. При этом допустимы различные вариации.

12.3. ВЛИЯНИЕ ЛИДЕРА НА РАБОЧИЙ ПРОЦЕСС

Лидер является ответственным за несколько аспектов в коллективе, в первую очередь за командообразование и внутренние отношения. Он несет ответственность не только за себя, но и за своих коллег, поэтому часто принимаемые им решения имеют судьбоносное значение для группы. Насколько глубоким будет влияние лидера на рабочий процесс, зависит от того, является он формальным или неформальным.

Формальный лидер назначается вышестоящими руководителями. По сути, понятие «формальный лидер» является синонимом слову «начальник». Такой человек выстраивает связи в коллективе в соответствии с уже распределенными ролями, предпочитает действовать в рамках отведенных им функциональных областей и сохраняет руководящую позицию благодаря поддержке сверху. В студенческом коллективе это может быть староста группы, в поликлинике — главврач и т. д.

Неформальный лидер выдвигается за счет своих личностных качеств. Существует теория, что неформальный лидер появляется в группе, если официальный руководитель упускает ряд важных функций в управлении. Коллектив интуитивно чувствует его харизму, сильные стороны, уважает его профессионализм, компетентность. Это приводит к тому, что мнение этого человека становится весомым аргументом в пользу принятия того или иного решения, даже если оно идет вразрез с официальной позицией руководства. Неформальный лидер не подстраивается под кого-то, а действует на основании своих внутренних убеждений, именно поэтому ему не нужна официальная поддержка, ему достаточно силы своего характера.

Влияние неформального лидера на рабочий процесс огромно. Он властвует над умами людей, донося до них как задачи, так и свое яркое видение ситуации, убеждает большинство участников коллектива следовать за ним, берет на себя ответственность.

Однако следует понимать, что лидерство может быть как **конструктивным**, так и **деструктивным**. Как правило, о последнем можно говорить, если человек оказывает негативное влияние на группу, она деградирует как личностно, так и профессионально, распадаются внутренние связи коллектива. Проявления деструктивного лидерства достаточно разнообразны: это может быть и созданная неожиданно для руководителя фронда, ярое сопротивление нововведениям, сюда же можно отнести взятки, групповое расхищение собственности, саботирование принятых решений и др.

Существует определенный **алгоритм устранения деструктивного лидерства**. Во-первых, необходимо разрушить взаимосвязь, существующую между человеком и его последователями. Меры могут приниматься самые различные: от радикальных (например, увольнение деструктивного лидера) до включения в группу конкурентов, переформирование группы приверженцев (перевод в другие отделы, филиалы и т. д.). Нужно отметить, что увольнение сотрудника является крайней мерой, решаться на нее нужно лишь в экстраординарных случаях. Некоторые руководители также прибегают к такому средству, как подрыв репутации противника.

Мягким вариантом устранения деструктивного лидерства является его приближение к позиции руководителя, что осуществляется посредством проявления особого внимания, повышения в должности и др. Однако такой ход развития события может быть эффективным только в том случае, если человек готов пойти на определенные уступки.

Оптимальным решением будет анализ утраченных функций руководителя и возврат их себе. В этом случае потребность в неформальном лидере отпадет сама собой.

Абсолютно другой является ситуация, когда лидер обладает положительным влиянием на группу. Это так называемая концепция сервант-лидера, согласно которой основной смысл деятельности лидера заключается в служении людям (в том числе и своим подчиненным). Главной задачей здесь является достижение целей, поставленных перед группой.

Многие исследователи отмечают, что деление лидеров на конструктивных и деструктивных является достаточно субъективным, тем не менее лидер может оказывать негативное воздействие на группу, поэтому данная классификация имеет право на существование.

Воздействие лидера на коллектив и сам рабочий процесс проявляется в следующих функциях:

- 1) распределение в пределах группы ролей, обязанностей, объема работы и типов заданий;
- 2) контроль за выполнением правил этикета и соблюдением этических принципов, характерных для данного коллектива;
- 3) составление долгосрочных и краткосрочных планов, помогающих достижению намеченных целей;

- 4) воплощение и озвучивание интересов, желаний и воли коллектива;
- 5) выступление в качестве идеала, судьи и в определенных случаях выразителя групповой вины.

Результаты социологических опросов показывают, что для работников наиболее существенными функциями лидера являются следующие: создание атмосферы уважения и доверия, верность данному слову, умение вдохновить сотрудников не только встречаться на официальных мероприятиях, но и проводить время вместе вне их, быстрое, эффективное и некровопролитное разрешение конфликтов.

Лидер должен обладать целым рядом специфических коммуникативных и системных навыков, а также внутренних качеств. К **специфическим коммуникативным навыкам лидера** можно отнести: умение вдохновлять, мотивировать и убеждать, высокая степень коммуникабельности, к **системным** — видение миссии коллектива в целом и определенных этапов развития в частности, навык целеполагания, высокая чувствительность и быстрая адаптация к переменам, гибкость мышления, настойчивость на пути к достижению цели.

К **внутренним качествам** необходимо отнести: дерзновенность, проявляющуюся в интуитивном оценивании рисков, проактивность (качество, когда человек сам решает, как ему реагировать на ту или иную ситуацию, а не идет на поводу своих чувств и эмоциональных реакций), умение владеть собой даже в самых экстремальных условиях, внутренняя целостность и зрелость личности.

12.4. СИТУАЦИОННОЕ ЛИДЕРСТВО И ГОТОВНОСТЬ РАБОТНИКОВ К ВЫПОЛНЕНИЮ ПОРУЧЕНИЙ

Тип поведения лидера, его стиль руководства часто связаны с уровнем готовности членов группы к выполнению его поручений. Наиболее полно эту связь рассматривает **теория ситуационного лидерства**, разработанная в 60-е гг. XX в. авторами Полом Херси и Кеном Бланшардом. Ее главная идея заключается в том, что лидер в своем поведении должен ориентироваться на уровень профессионализма работника, его способность решать поставленные перед ним задачи. В зависимости от этого условия лидер должен применять определенный стиль руководства. Таким образом, в основании этой концепции находится принцип взаимосвязи и коллективной ответственности руководителя и работника.

Первая составляющая модели — это четыре различных типа лидерства (С1, С2, С3, С4):

– С1 — является директивным стилем управления, при этом основная цель — контроль над выполнением поставленных перед коллективом и отдельными работниками задач, аспект взаимоотношений между лидером и членом команды практически отсутствует либо находится на крайне низком уровне;

– С2 — стиль наставника, ориентация также распространяется на достижение целей, контроль за их выполнением, новым элементом является внимание к отношениям между работником и лидером. При этом, если на уровне С1 лидер просто требует выполнения поставленных перед человеком заданий, здесь уже объясняется их суть, присутствует достаточно высокая детализация задания;

– С3 — поддерживающий стиль. Наблюдается смещение акцентов с достижения целей на взаимоотношения между руководителем и членом коллектива.

Основная задача лидера — повышение мотивации сотрудника. Уровень детализации задания либо невысокий, либо отсутствует полностью. При таком стиле руководитель стремится подчеркнуть, что он доверяет работнику и надеется на проявление им собственной инициативы;

– С4 — делегирующий стиль. Отличается низкой ориентацией как на цель, так и на отношения внутри коллектива. Вся ответственность и полномочия распределяются между членами команды, равно как и права. Контроль на этом уровне осуществляется по конечному результату, любые другие формы (например, промежуточный контроль) отсутствуют. Важным моментом является необходимость заранее установить все нюансы и аспекты достижения поставленной перед командой цели.

В зависимости от уровня профессионализма и степени мотивации можно также выделить 4 определенных типа сотрудников, в отношении которых необходимо применять один из вышеописанных стилей руководства:

– Р1 — «неспособен, но настроен». Чаще всего такие слова можно сказать о новичках и молодых специалистах, совсем недавно пришедших на работу. Их глаза горят энтузиазмом, но профессионализм находится на достаточно низком уровне, такой работник обладает лишь базовыми знаниями и навыками. Этому сотруднику все очень интересно, он рвется в бой решать сложные задания, но совершенно не знаком с тонкостями доверенного ему дела. Согласно модели ситуационного лидерства, в данном случае необходимо применять директивный стиль руководства. Новичку нужны четкие и строгие инструкции, а также контроль за дисциплиной. Следует понимать, что данный стиль руководства к мотивированному специалисту не может применяться долго, иначе уровень его заинтересованности упадет. В связи с этим руководителю нужно предпринять усилия для как можно скорейшего перехода сотрудника на другой уровень (Р4);

– Р2 — «неспособен и не настроен». Это один из наиболее трудных типов сотрудников. С профессиональной точки зрения, такой человек по-прежнему обладает только базовыми знаниями и навыками, но при этом не желает развиваться и постигать новое. Наиболее частой причиной такого поведения являются неоправданные ожидания и неудовлетворенные потребности. Если для уровня Р1 свойственна романтизация профессии, то на уровне Р2 можно наблюдать превращение романтика в циника. Данная ситуация складывается потому, что новичок в определенный момент почувствовал неуверенность в собственных силах и не получил поддержки от руководителя. Поэтому на данном этапе важно дать почувствовать сотруднику точку опоры. Для этого уровня отлично подходит наставнический стиль. Главным врагом работника на данном этапе является страх, и только процесс обучения, передача знаний позволят от него избавиться;

– Р3 — «способен, но не настроен». На этом уровне работник уже имеет определенные знания и навыки, но при этом все так же не способен действовать самостоятельно, испытывая неуверенность в собственных силах. Плохую службу тут может сыграть перфекционизм, поскольку у работника уже имеется опыт и профессиональный потенциал, он ждет постоянных побед, а неудачи воспринимает как нечто недопустимое. В тот момент, когда они случаются, специалист просто не может их принять как данность, что в свою очередь приводит к падению мотивации.

Здесь нужно использовать поддерживающий стиль руководства. Контроль должен быть ослаблен, а во взаимоотношениях между сотрудником и вышестоящим звеном — установлена атмосфера доверия. Главная задача на этом этапе — постоянное сохранение мотивации сотрудника.

– Р4 — «способен и настроен». Это сотрудник-мечта для каждого руководителя. Он блистательно демонстрирует высокий уровень мастерства, заслуженно имеет репутацию высокого профессионала, при этом уверен в собственных силах, его не смущает выполнение трудных задач, а уровень мотивации всегда остается высоким. Здесь применяется делегирующий стиль руководства. Отношения между руководством и сотрудником строятся на основе доверия. Лишнее внимание со стороны начальства может обидеть работника, но полностью его игнорировать тоже недопустимо. Идеальным решением для такого члена команды будут встречи с руководством один раз в неделю для обсуждения достигнутых результатов и дальнейшего планирования.

Темы рефератов:

1. Концепция харизматического лидерства.
2. Качества, присущие лидеру.
3. Стили лидерства.
4. Управление лидерством в организации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию лидерства.
2. Дайте определение понятию руководства.
3. В чем разница между руководителем и лидером?
4. В чем заключаются функции лидера?
5. Каковы типы лидерства по отношению к ближайшему окружению?
6. Что понимается под консервативным и инициативным лидерством?
7. Какие типы лидеров выделяет М. Вебер?
8. Кто такой эффективный лидер?
9. В чем состоит суть теории ситуационного лидерства?

ТЕМА 13. КОММУНИКАТИВНЫЕ БАРЬЕРЫ В ПРОЦЕССЕ ОБЩЕНИЯ

Непонимание делает из друзей врагов.

Лион Фейхтвангер

1. **Понятие коммуникативного барьера. Условия и причины их возникновения.**
2. **Типы коммуникативных барьеров.**
3. **Психологические типы врача и пациента.**

Ключевые слова: коммуникативные барьеры, микробарьеры, макробарьеры, фасцинация, социальные коммуникативные барьеры, психологические коммуникативные барьеры, барьер установки, барьер психологической защиты, фонетический барьер, семантический барьер, стилистический барьер, логический барьер, конкуренция, уклонение, приспособление, сотрудничество, компромисс, психологические типы врача и пациента, картина болезни.

13.1. ПОНЯТИЕ КОММУНИКАТИВНОГО БАРЬЕРА, УСЛОВИЯ И ПРИЧИНЫ ЕГО ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Эффективность работы врача в определенной степени зависит от успешности общения с самими пациентами, их родственниками и коллегами. В процессе общения стороны обмениваются информацией, однако довольно часто добиться адекватного восприятия сообщения не получается. Виной этому являются **коммуникативные барьеры**, представляющие собой определенный набор внешних и внутренних факторов, искажающих передаваемую информацию либо блокирующих ее. Таким образом, мы можем рассматривать коммуникативные барьеры в качестве определенных препятствий на пути общения.

Выделяют барьеры макро- и микроуровня. **Микробарьеры**, как правило, связаны непосредственно с окружением, внутри которого осуществляется процесс коммуникации. При этом выделяются следующие факторы:

1. **Определенная информационная перегрузка.** Мы оказываемся не в состоянии воспринимать слишком большое количество часто противоречивой информации, постоянно поступающей к нам из различных источников, при этом большая ее часть является несущественной для адресата. В свою очередь, огромное количество информационного мусора приводит к обесцениванию действительно важных сведений.

2. **Умение либо неумение пользоваться информацией.** Важны такие элементы, как правильная подача, возможность использования эксклюзивных данных для воздействия на реципиента и др.

3. **Возможность доступа к источникам ограниченной информации** (например, спецхранилища в советское время, документы для внутреннего пользования). Доступ к ней значительно расширяет властные полномочия и в свою очередь влияет на авторитет как дополнительный фактор восприятия информации.

Говоря о специфике *коммуникативных барьеров на макроуровне*, необходимо выделить следующие условия их возникновения:

- специфика интеллекта сторон, находящихся в процессе коммуникативного акта;
- неадекватный уровень знания о самом предмете разговора;
- применение понятий из определенной области знания и возможность либо невозможность их восприятия (то, что называют профессиональной лексикой, либо внутригрупповой язык);
- невозможность выстроить единую ситуацию общения;
- отсутствие единого понимания ситуации общения;
- особенности характера, темперамента и воспитания (например, кто-то из партнеров по общению может постесняться сказать что-то собеседнику, зато второй будет отличаться излишней напористостью).

К числу условий, создающих коммуникативные барьеры, можно также отнести политические, религиозные и профессиональные разногласия.

В качестве распространенных причин возникновения коммуникативных барьеров помимо перечисленных выше исследователи называют избирательное слушание, оценочное слушание, достоверность источника.

Избирательное слушание представляет собой процесс принятия только такой информации, которая не противоречит убеждениям человека (так, часто начинающий писатель оказывается неспособным услышать замечания критика, заядлый курильщик не желает слышать о вреде табака, поборник традиционных методов лечения невнимательно относится к советам врача, следуя лишь тем, которые подтверждены народной практикой). О том, что собеседник находится в позиции избирательного слушания, как правило, свидетельствуют односложные ответы и отсутствие зрительного контакта, неподвижная поза, попытка перехода на другие темы, вопросы, не относящиеся к теме обсуждения.

Под оценочным слушанием, называемым также черно-белым слушанием, понимают восприятие информации на основе предыдущего опыта либо сложившихся стереотипов. Таким образом, основанием оценочного слушания выступает субъективное мнение человека. При этом слушатель будет ранжировать информацию как «хорошую» либо «плохую». Если человек будет воспринимать информацию слишком позитивно (т. е. возникает опасность переоценить ее достоинства), в случае обратной ситуации существует вероятность недооценить ее положительные аспекты. В медицинской практике оценочное слушание — явление негативное. Основная задача врача — помочь пациенту полностью изложить проблему, для этого необходимо применять приемы безоценочного слушания, заключающиеся в умении молчать, слушать, проявлять эмпатию и строить диалог.

Понятие достоверности источника связано с весом и авторитетом отправителя сообщения. Наше отношение к собеседнику влияет на то, насколько мы готовы объективно воспринимать полученную информацию.

Наиболее часто в медицинской практике коммуникативные барьеры возникают между врачом и пациентом. При этом исследователи выделяют целый ряд факторов, сопровождающих данный коммуникативный барьер. Так, со стороны пациента сопутствующими являются следующие негативные проявления: страх того,

что болезнь может приобрести затяжной характер, а также страх смерти, возможность инвалидизации, необходимость ограничения при определенных обстоятельствах рациона питания, необходимость болезненных манипуляций, финансовый фактор, связанный с покупкой дорогостоящих лекарств либо уходом на больничный. Предпосылкой к возникновению коммуникативного барьера между врачом и пациентом может также выступать недоверие пациента, связанное с распространенными по отношению к медицинской сфере стереотипами в обществе. Также необходимо помнить, что боль и любой физический дискомфорт также будут создавать препятствия к полноценному общению. Иногда невозможность полноценной коммуникации может быть связана с особенностями течения болезни пациента.

Со стороны врача к условиям, мешающим полноценному общению с пациентами, можно отнести следующие: неряшливый внешний вид, опоздание на прием, разговор по телефону параллельно с беседой с пациентом. Влияет также и гендерный фактор. Так, большинство пациентов до сих пор придерживаются стереотипа о том, например, что хорошим врачом-гинекологом будет только женщина, а хирургом — мужчина. Соответственно, встреча с врачом «не того пола» автоматически создает условия для коммуникативного барьера. Также здесь необходимо упомянуть о таких объективных факторах, как короткое время приема, длинная очередь, сложное, многоэтапное лечение, смена тактики лечения.

Существуют и коммуникативные барьеры, связанные непосредственно с общением между врачом и родственниками пациента. К условиям коммуникативных барьеров между этими двумя сторонами можно отнести: нежелание пациента общаться близким о своей болезни, недоверие к самой системе здравоохранения, непростая для родственников психологическая ситуация в случае тяжелого течения заболевания.

Отдельную категорию составляют коммуникативные барьеры, возникающие в медицинской сфере между коллегами. Часто к этому приводит несоблюдение профессиональной этики, нарушение принципа коллегиальности и дух соперничества, переход на личности, нарушение субординации, несоблюдение определенных традиций, принятых в данном коллективе.

Необходимо заранее просчитывать возможности блокировки коммуникативного акта и использовать совокупность средств, называемых **фасцинацией**, для преодоления фильтров. Эти средства могут быть как вербальными (темп, интонация, ритм), так и невербальными (взгляд, использование успокаивающей колористической гаммы и т. д.). Эффективным также является использование музыкального сопровождения.

13.2. Типы коммуникативных барьеров

Исследователи выделяют барьеры психологического и социального характера.

Социальные коммуникативные барьеры затрагивают аспекты статуса и материального положения. Как следствие, между партнерами возникают непонимание, основанное на завышенных либо заниженных ожиданиях. Как правило, человек, находящийся ниже по социальному статусу, неохотно идет на контакт, границы четко усваиваются человеком на протяжении всего периода социализации, избавиться от них достаточно сложно. В сердцевине социального коммуникативного

барьера также находится несовпадение интересов различных слоев, что приводит к разрыву коммуникативного акта. Основой социального барьера является так называемый феномен «группового сознания», приводящий к формированию сплоченных групп, вырваться за пределы которых достаточно трудно. С одной стороны, данный принцип приводит к созданию правил субординации, с другой — к возникновению специфического коммуникативного барьера.

Психологические коммуникативные барьеры включают в себя барьер установки, барьер психологической защиты и барьер характера.

Барьер установки заключается в определенном восприятии организации либо отдельного человека. Приходя на прием к врачу, пациент уже заранее формирует свое отношение. Например, часто в коридоре люди обсуждают, какой доктор ведет прием: «хороший» или «плохой». Если врач замечает, что возникает коммуникативный барьер установки, он должен отнестись к этому спокойно, расценивая такое поведение как элемент слабости или проявление недостаточного уровня культуры.

Барьер психологической защиты, как правило, характерен для ранимых людей. Внешне агрессивные, напряженные, часто скандальные, цепляющиеся по мелочам собеседники боятся, что не найдут у врача должного понимания и помощи. Такой барьер является своеобразным панцирем, для его преодоления необходимо изменить линию поведения, использовать приемы активного и пассивного слушания.

Характер откладывает отпечаток на весь жизненный путь человека, часто именно он подталкивает нас к тем или иным решениям в ситуации выбора, через его призму мы также смотрим на окружающую действительность. Часто в разговоре люди сетуют, что у того или иного человека дурной характер либо он совсем слабохарактерный. В идеале характер не должен быть причиной дискомфорта для окружающих людей, но часто случается наоборот, поэтому исследователи говорят о таком понятии, как психологический барьер характера. Особенности поведения, специфика выражения эмоций могут способствовать непониманию собеседника.

В качестве наиболее распространенных коммуникативных барьеров выступают также фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный.

Фонетический барьер заключается в акустической и физиологической специфике речи говорящего. В рамках фонетического барьера принято выделять полное и частичное непонимание. Полное непонимание связано с иностранным языком, которого реципиент не знает. Частичное непонимание связано с темпом речи (когда собеседник, например, объясняет что-то слишком быстро), громкостью голоса, спецификой ситуации, акцентом, дефектами произношения говорящего. Особо следует остановиться на громкости голоса. Доказано, что одинаково трудно воспринимаются сообщения, произнесенные как слишком тихо, так и слишком громко. Разговор на повышенных тонах не способствует усвоению информации, поскольку человек начинает думать не о смысле сказанного, а о симпатии либо антипатии собеседника по отношению к нему.

Для преодоления фонетического барьера важно говорить четко, выразительно и спокойно. Также необходимо помнить об индивидуальных особенностях получателя сообщения: чем меньше человек знает о проблеме, тем медленнее должен быть темп речи отправителя. Желательно выстраивать с собеседником обратную связь.

Семантический тип барьера связан с использованием внутригруппового языка (профессиональная лексика, жаргон), а также со смысловой многозначностью слов. Семантический барьер возникает в случае, когда человеку кажется, что все понимают слова так же, как он, что в свою очередь ведет к неверной передаче сообщения. Необходимо изначально объяснять, что имеется в виду при употреблении терминов, а также избегать сложных конструкций и неясных смыслов.

Снятие такого барьера — актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем. Особенно это важно для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т. д. В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни. В то же время бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного воздействия на психику пациента.

Стилистический барьер возникает при употреблении речевых структур, несоответствующих ситуации, например молодежного сленга во время визита к пациенту, наукообразного стиля при разговоре с детьми, официального стиля в дружеской компании. Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например, при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля», не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).

Логический барьер появляется при несовпадении логики доказательств в случае, если собеседнику приводимые аргументы кажутся неубедительными, а сам способ решения проблемы — неверным. Для преодоления логического барьера всегда необходимо учитывать позицию другого человека, его индивидуальные и социально-ролевые особенности. Логический барьер может возникнуть, когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами, обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратов, знакомит с различными методиками здорового образа жизни. Логика рассуждений врача может либо быть слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача.

Понятие коммуникационных барьеров неразрывно связано с понятием конфликтов. В коллективах люди неизбежно будут конфликтовать и не соглашаться друг с другом, но это отнюдь не повод для ссор. Психологи выделяют **5 типовых стратегий поведения в конфликтных ситуациях**: конкуренцию, уклонение, сотрудничество, приспособление и компромисс.

Конкуренция. Вы стараетесь сначала удовлетворить собственные интересы в ущерб интересам других, вынуждая их принимать ваше решение проблемы.

Данная стратегия может быть эффективна в том случае, если вы обладаете определенной властью. Например, решение необходимо принять быстро, и в ваших руках сосредоточена достаточная для этого власть.

Уклонение. Эта стратегия поведения используется тогда, когда вы не отстаиваете свои права, не сотрудничаете ни с кем при выработке стратегии решения проблемы или просто уходите от конфликта, а также в том случае, когда затрагиваемая проблема не столь важна для вас и вы не хотите тратить силы на ее решение или чувствуете, что находитесь в безнадежном положении. Например, у вас трудный день, а решение проблемы может принести дополнительные неприятности.

Приспособление. Вы действуете совместно с другим человеком, не пытаетесь отстаивать собственные интересы. Вы можете использовать этот подход, когда исход дела чрезвычайно важен для другого и не очень существенен для вас. Например, вы хотите сохранить добрые отношения с другими людьми.

Сотрудничество. Этот стиль характеризуется как наиболее эффективный и трудный. Если вы понимаете, в чем состоит причина конфликта, то имеете возможность вместе искать новые альтернативы. Оба участника должны уметь объяснить свои желания, выразить свои нужды, выслушать друг друга и затем выработать альтернативные варианты решения проблемы в сложных ситуациях.

Компромисс. В этом стиле поведения вы в какой-то мере поступаете своими интересами, чтобы удовлетворить их частично, и другая сторона делает то же самое, т. е. вы обсуждаете пожелания друг с другом. Например, компромисс позволит вам сохранить взаимоотношения, и вы предпочитаете получить хоть что-то, нежели все потерять.

При выборе стиля поведения главное понять, что каждая из представленных стратегий эффективна только в определенных условиях и ни одна из них не может быть выделена как лучшая. Тем не менее конфликт легче предупредить, чем устранить. Средств для профилактики конфликтов довольно много. Можно рассмотреть следующие:

- устранение из делового общения суждений и оценок, которые могли бы ущемить достоинство собеседника (необходимо помнить, что все люди благосклонно принимают позитивную информацию);
- недопущение спора при деловом общении;
- умение слушать собеседника;
- уважительная манера разговора.

13.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПАЦИЕНТОВ И МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

На ход и результат лечения, возникновение коммуникативных барьеров и конфликтов большое влияние оказывает успешное общение между пациентом и медицинскими работниками. Поскольку пациент находится в стрессовом состоянии, его психические реакции на события и процессы могут быть достаточно нестандартными. В этом случае врачу могут пригодиться знания по психологии.

Каждая личность уникальна и неповторима, но при этом можно выделить несколько общих психологических типов, которые по-разному проявляют себя в схожих обстоятельствах. Любому работнику здравоохранения важно уметь различать эти типы и выстраивать свое собственное поведение в зависимости от того,

пациент какого типа находится перед ним. Это позволяет избежать конфликтных ситуаций и увеличить эффективность лечения.

Следует заметить, что и самих медицинских работников можно классифицировать в зависимости от их эмоциональной реакции на пациента и особенностей профессионального поведения. Часто выделяют **4 психологических типа врача**, образующих противоположные пары:

1) *сопереживающий* — настроенный на глубокую эмпатию по отношению к пациенту, стремящийся разделить его эмоции и решить его психологические проблемы;

2) *эмоционально-нейтральный* — ориентированный на объективированный подход к лечению, стремящийся выстроить эмоциональный барьер по отношению к пациенту и не вникающий в его переживания;

3) *директивный* — склонный создавать неравноправные отношения с пациентом, при которых врач принимает все решения, не желая выслушивать и принимать во внимание точку зрения пациента;

4) *недирективный* — настроенный на партнерские отношения, диалог и компромиссы при определении схем и стратегий лечения.

Данные типы могут встречаться в реальной жизни не в чистом виде и образуют между собой парные сочетания, например, сопереживающий – директивный, эмоционально-нейтральный – директивный и т. д.

Венгерский психолог И. Харди предложил **классификацию медицинских сестер**, в которой выделил 6 типов:

1) *медицинская сестра-робот*, механически, скрупулезно выполняющая свою работу, но при этом не вкладывающая в нее никаких эмоций, относящаяся к пациенту как к объекту;

2) *медицинская сестра, играющая заученную роль*, которая отличается неестественным, показным поведением, стремится к идеальному исполнению обязанностей, но не способна установить подлинный доверительный контакт с пациентом;

3) *«нервная» медицинская сестра*, вспыльчивая и эмоционально неустойчивая, переносящая личные проблемы и обиды на пациентов;

4) *мужеподобная медицинская сестра*, наделенная решительным характером и авторитарными манерами, склонная строго упорядочивать жизнь пациентов;

5) *медицинская сестра материнского типа*, которая проявляет сочувствие и заботу к пациентам, видит в работе и помощи людям смысл жизни;

6) *медицинская сестра-специалист*, любознательная, компетентная, проявляющая активность в работе.

Когда речь заходит про психологическую реакцию пациентов на заболевание, важным понятием оказывается **«внутренняя картина болезни»**, т. е. возникающий у пациента целостный образ своего заболевания. Данное понятие введено в научный оборот А. Р. Лурией. Во внутренней картине болезни принято выделять 4 уровня:

- чувственный — болезненные ощущения, испытываемые пациентом;
- эмоциональный (аффективный) — эмоциональное переживание заболевания и его последствий;

- интеллектуальный (когнитивный) — знание о болезни, ее причинах и перспективах лечения, оценка последствий заболевания;
- мотивационный (поведенческий) — выработка определенного отношения к заболеванию, моделей поведения и образа жизни.

На формирование внутренней картины болезни влияют различные факторы: характер заболевания, его острота, темп развития, особенности личности пациента и т. д. Центральную роль в формировании внутренней картины болезни играет эмоциональное отношение пациента к своему заболеванию. Существует следующая классификация типов реакций на заболевание:

- норманозогнозия — адекватная оценка заболевания и его тяжести;
- гипернозогнозия — преувеличение тяжести заболевания;
- гипонозогнозия — преуменьшение тяжести заболевания;
- диснозогнозия — искаженное видение заболевания или его отрицание с целью диссимуляции;
- анозогнозия — отрицание заболевания.

Существует также социально-психологическая классификация реакций на заболевание:

- болезнь — угроза или вызов. Основные эмоции — это тревога или борьба;
- болезнь — утрата. Основные эмоции — депрессия, растерянность, горе;
- болезнь — выигрыш или избавление. Основные эмоции — жизнерадостность и враждебность по отношению к врачу;
- болезнь — наказание. Основные эмоции — стыд, агрессия и гнев.

Среди классификаций психологических типов отношения пациентов к болезни популярностью пользуется **классификация**, предложенная в 1980 г. **А. Личко**. В ней выделяются следующие психотипы пациентов:

1. Гармоничный — реалистичный, взвешенный подход к болезни, желание сотрудничать с врачом, вера в успех лечения.
2. Эргопатический (стенический) — уход от болезни в работу, желание закончить все начатые дела.
3. Анозогнозический (эйфорический) — отрицание болезни, отказ от лечения.
4. Тревожный (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический) — поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнений, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов».
5. Ипохондрический — сосредоточенность на субъективных ощущениях от болезни и желание постоянно о них рассказывать
6. Неврастенический — раздражительность, вспышки агрессии с последующим раскаянием за несдержанность.
7. Меланхолический — неверие в выздоровление, пессимизм, суицидальные мысли.
8. Апатический — полное безразличие к исходу болезни, пассивность, утрата интереса ко всему.
9. Сенситивный — озабоченность влиянием болезни на жизнь окружающих, боязнь стать обузой для близких.
10. Эгоцентрический (истероидный) — выставление напоказ своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть вниманием окружающих.

11. Паранойяльный — уверенность, что болезнь — результат чьего-то злого умысла, подозрительность действиям медперсонала, лекарствам и процедурам.

12. Дисфорический (агрессивный) — гневливо-мрачное настроение с внутренней скрытой агрессией.

Первые 2 типа реакции из предложенного списка принято считать более «рациональными», поскольку при них пациенты могут самостоятельно справиться со своими психологическими проблемами. При этом нельзя считать, что каждый человек четко относится к какому-то конкретному типу пациента. Эмоциональная реакция на заболевание часто зависит от его тяжести. Чем менее тяжелым является заболевание, тем больший процент пациентов дает рациональную реакцию на него. Чем тяжелее патология, тем чаще встречаются такие сложные типы реакции, как неврастенический и апатический. Патологии, не опасные для жизни, часто приводят к эгоцентрической и паранойяльной реакциям. Таким образом, один и тот же человек в зависимости от обстоятельств может проявлять совершенно разную реакцию на заболевание. Задача врача в этом случае — учитывать возможные проблемы, с которыми он может столкнуться в коммуникации с пациентом того или иного типа, и научиться нивелировать их, применяя знание психологии и коммуникативные навыки.

Темы рефератов:

1. Классификация коммуникативных барьеров.
2. Специфика коммуникативных барьеров в процессе общения врача с пациентами, родственниками пациентов и коллегами в различных ситуациях.
3. Психологические и психофизиологические коммуникативные барьеры.
4. Лингвистические и семантические барьеры коммуникации.
5. Проблема социально-культурных барьеров коммуникации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию коммуникативного барьера.
2. Что такое микробарьеры?
3. Что такое макробарьеры?
4. Перечислите условия, создающие коммуникативные барьеры.
5. В чем опасность оценочного слушания для врача?
6. Перечислите социальные коммуникативные барьеры.
7. Что такое внутренняя картина болезни?
8. Охарактеризуйте 12 психологических типов пациентов согласно классификации А. Личко.
9. Составьте диалог врача и пациента, иллюстрирующий особенности коммуникации с различными психологическими типами пациентов.
10. Охарактеризуйте психологические типы медицинских работников.

ТЕМА 14. СУЩНОСТЬ И ТЕХНОЛОГИИ ПУБЛИЧНЫХ ВЫСТУПЛЕНИЙ

Уметь просто и красиво говорить — целая наука...

К. С. Станиславский

1. **Сущность и понятие публичного выступления.**
2. **Личность оратора.**
3. **Технология публичного выступления.**
4. **Основные правила презентации.**

Ключевые слова: деловое общение, публичное выступление, ораторское искусство, манера речи.

14.1. Сущность и понятие публичного выступления

Основой деятельности медицинских работников, а также ряда других профессий является деловое общение. Традиционно в деловом общении различают переговоры, совещания, служебные приемы, телефонные и скайп-разговоры, личные деловые контакты и публичные выступления.

Выделяют общие факторы, влияющие на результативность деловых общений:

- 1) владение ситуацией и материалом;
- 2) логическое построение речевого процесса общения;
- 3) умение использовать методики и техники преподнесения информации;
- 4) владение приемами управления аудиторией;
- 5) владение культурой и техникой речи;
- 6) использование психологического воздействия на аудиторию (в том числе влияния личности оратора).

Таким образом, из перечисленных факторов определяющее значение здесь имеет речь: слово, форма, манера и технология преподнесения текста, мысли.

Публичное выступление — это передача одним выступающим информации разного уровня в ходе общения с широкой аудиторией. В данное понятие входит не только выступление на площадях и стадионах, по телевидению и перед большой аудиторией, но и обращение к руководству, беседа с новым работодателем, общение в дружеской компании.

В повседневной жизни, участвуя в разговоре, человек редко испытывает давление со стороны окружающих и обстановки, в которой протекает разговор. Он знает, что, оказавшись в затруднительном положении, может отказаться от продолжения разговора. Такие условия общения позволяют сконцентрироваться на главном — передаче своих мыслей и информации. Однако, когда человек предстает перед аудиторией, независимо от ее размеров и степени доброжелательности по отношению к нему, оратор понимает, что ему предстоит произнести свою речь до конца. Он осознает, что на него одного целиком возложена ответственность за встречу с аудиторией.

Оказавшись без привычной поддержки, человек испытывает немало трудностей. В повседневном общении можно остановиться в любой момент, и всегда

найдется тот, кто его продолжит. По лицам и высказываниям собеседников сразу же можно оценить эффект, который произвели слова говорящего. Обращаясь же с речью к публике, в ответ оратор слышит только молчание. Никто, как правило, не реагирует на его высказывания, не отвечает на вопросы, не выражает ни поддержки, ни осуждения.

Умение выступать публично, привлекать к себе и своему выступлению внимание аудитории — это великое искусство, которое подвластно далеко не каждому.

14.2. Личность оратора

Для оратора важен успех, который во многом обусловлен неповторимостью его личности. Филолог, философ Юрий Рождественский указывает: «Каждый речедетель имеет свои только ему присущие черты создателя речи, уникальный индивидуальный стиль». Если сравнивать роли оратора и актера, мы увидим, что роль оратора разнообразнее, т. к. он является и автором речи, и ее режиссером, и исполнителем, где на первый план выступает слово. На этапе исполнения проявляются актерские данные оратора, используется вся палитра вербальных и невербальных выразительных средств. Звуковая волна несет в себе информацию об определенном состоянии человека, его речевом намерении. Это проявляется в ритмических, тембровых, мелодических изменениях. Немаловажны для оживления смыслов «язык» тела, мимика, жесты и движения в общении.

Ораторское искусство — это речевая деятельность, основной характеристикой которой является именно убедительность слова. Убедительность (или действенность) как главное качество речи является особенностью риторического подхода. Говоря, человек не только вступает в общение, но и выражает свою индивидуальность, и именно этим оратор интересен слушателям.

Выделяют несколько типов ораторов:

- деловой — сразу начинает говорить о потребностях и интересах аудитории и этим удерживает ее внимание;
- эмоциональный — захватывает аудиторию своими эмоциями, держит внимание аудитории на эмоциональном накале;
- «клубничный» — начинает речь с интересных, интригующих историй, говорит о новых, скрытых или скрываемых от публики фактах.

Важное значение имеют манера речи и внешний вид оратора.

Говоря о **манере речи**, необходимо выделить следующие аспекты:

- 1) установление и ощущение контакта с аудиторией. Обязателен контакт глаз с присутствующими, умение почувствовать эмоциональное состояние аудитории, создать атмосферу доверия;
- 2) простота и ясность речи. Внятная, четкая речь — прежде всего условие нормального восприятия речи слушателями;
- 3) устранение скованности в общении с аудиторией, способность чувствовать себя свободно, высказываться естественно;
- 4) акцентирование важных слов, подчинение им неважных;
- 5) изменение тона голоса — то повышение, то понижение, изменение тембра, а также темпа речи — ускорение, замедление. Бернард Шоу полагал, что интонации человека многообразны, неповторимы, тонки, и письменное искусство не в состо-

янии передать их; существует пятьдесят способов сказать «да», пятьсот способов сказать «нет» и лишь один способ написать это. Говорящий должен быть скульптором слова, так «вылепить» в звуке излагаемую мысль, чтобы ее можно было не только услышать и понять, но увидеть и почувствовать. В «Кратком руководстве к красноречию...» сказано: «Надлежит произносить радостную материю — веселым, плачевную — печальным, просильную — умильным, высокую — гордым, сердитую — гневным голосом»;

б) умение делать паузу до и после важных мыслей. Стоит отметить, что органическое молчание — часть интонационного рисунка. Иногда самое важное общение происходит не с помощью слов, а в паузах между ними. Паузы живут той же напряженной жизнью, что и слова. В самых драматических местах слово уступает место молчанию;

7) умение избегать употребления «мусорных слов».

Внешний вид и поведение оратора также оказывают безусловное влияние на успешность публичного выступления.

Одежда. Хорошая опрятная одежда вселяет уверенность, дает больше веры в собственные силы и повышает уважение к самому себе. Социально-психологические исследования установили: люди говорят, что когда они прекрасно выглядят и хорошо одеты, им легче успешно решать проблемы и добиваться успеха.

Обаятельная улыбка. Настроение оратора является заразительным. Именно глаза — «зеркало души», «орган душевных движений». С их помощью при общении осуществляется обратная связь. «Стеклянные», испуганные, равнодушные, напряженные глаза — серьезная помеха для общения. Экспериментально установлено, что при застывшем, неподвижном лице говорящего для слушающего теряется не менее 10–15 % информации. Несмотря на то, что трудно установить движения группы мышц, выражающие единые для всех людей эмоции, мы улавливаем малейшие изменения в эмоциональном состоянии собеседника по изменениям его лица. Одновременно не может быть искренним слово и фальшивым жест, и наоборот. Интуитивно эта рассогласованность будет воспринята слушателем как неискренность. Например, улыбка дорого ценится в человеческом общении.

Открытые позы и естественная жестикуляция. Любой жест основан на естественном движении. Именно в непринужденности, дающей движениям простор и свободу, состоят их красота и грация. Движение приобретает окраску в связи с обстоятельствами, его породившими. Характер движения меняется в зависимости от вызвавших его причин, от задач, которые оно преследует, от темперамента, возраста, эмоционального состояния говорящего, его национальной принадлежности. Все эти факторы влияют на динамику, темп и ритм движения, его «логику». Заторможенные, незавершенные жесты невольно выражают колебание, нерешительность. Когда жесты находятся в противоречии со словами, слушатель больше доверяет жестам, т. е. тому, что видит.

Основатель известной системы, ставившей своей задачей развитие выразительного движения актера, теоретик сценического искусства Франсуа Дельсарт утверждал: «Лучший жест тот, которого не замечают. В искусстве речевого действия жест должен быть сделан точно и вовремя, он должен быть скуп, но обладать драматической силой; жест без мысли, его оплодотворяющей, бесплоден.

Таким бесплодным, нежизненным, неестественным будет любой изолированный жест, употребленный вне взаимной согласованности всех частей тела, нарушающий целостное представление о душевном состоянии человека, создающий впечатление фальши, двусмысленности. Действие выражается не одной какой-либо частью тела вне связи с другими, а в совокупности всем физическим существом человека».

Можно выделить три главных компонента ораторского искусства:

- 1) информирование — передача новой, интересной информации;
- 2) коммуникация — специфика общения с аудиторией, создание собственного имиджа, исполнение особой роли;
- 3) сила личности — способность производить впечатление и оказывать влияние на людей.

Как отмечает Ольга Маркова в своей работе «Основы красноречия. Риторика как наука и искусство убеждать», по мнению западных специалистов, лишь 7 % успеха зависит от того, что лидер говорит, а 55 % — как он говорит, как выглядит, какое впечатление производит. Имидж — одна из важных составляющих его успеха. Имидж — это репутация, индивидуальный стиль в общении, достижение эффекта личного обаяния. Разговорный стиль, открытость, уравновешенность, воспитанность, задушевность, простота, непосредственность и доверительность оратора — это новые краски, продиктованные временем, отличные от высокого ораторского стиля древних. Естественность и непринужденность выступления, размышление и выбор, рождение слова «на глазах аудитории» очень важны. Бодрость, уверенность в своих силах и энтузиазм оратора — наиболее убедительные аргументы в публичном выступлении.

14.3. ТЕХНОЛОГИЯ ПУБЛИЧНОГО ВЫСТУПЛЕНИЯ

В основу методологии проектирования любого выступления положены основные принципы: информативность, системность, наглядность и понятность.

Информативность. Необходим тщательный отбор материала, который не должен быть перенасыщен информацией.

Системность. Последовательное и структурированное изложение лектором материала представляет особую ценность для аудитории.

Наглядность и понятность. Выступающий при проектировании текста должен запланировать все средства визуализации информации. Около 80 % информации человек получает за счет зрения. Целесообразно значительную часть информации передавать в наглядной форме, развивать у слушателей навыки и умения преобразовывать устную и письменную информацию в визуальную форму. Это отразится на качестве усвоения материала, стимулировании мышления и достижения профессиональных целей. Стоит также иметь в виду, что есть не только люди-визуалы, но и аудиалы и кинестетики. Именно поэтому должны присутствовать различные схемы, раздаточный иллюстративный материал или вербальные средства (сравнения, аналогии), т. к. все это способствует целостному восприятию информации и формированию системных знаний. Не следует перенасыщать текст терминологией, т. к. «научообразность» языка затрудняет смысл сказанного.

Таким образом, при подготовке материала необходимо придерживаться следующих принципов: систематизированная информация, адаптированная для слушателя, структурированность, четкость и наглядность.

Выступление можно структурировать на введение, основную часть и заключение.

Введение. Эта часть является важной составляющей выступления, организующей, во многом определяющей дальнейший ход. Умение быстро овладеть аудиторией, заинтересовать тематикой, постановкой проблемы определяет мастерство, приходящее с опытом, с практическими навыками.

Основная часть. Выступающему необходимо разделить на этапы изложение материала, применять приемы ораторского искусства (интонации, повторения важных моментов), соблюдать научность, логику изложения с использованием доказательных материалов, отслеживать временные затраты на этапы, помнить о поддержании обратной связи с аудиторией, использовании диалоговых приемов.

Заключение. В этой части традиционно подводятся итоги, делаются выводы и описываются результаты.

Особый интерес представляет технология подготовки к публичным выступлениям **message house**.

Впервые данная технология была разработана в середине XX в. американской консалтинговой компанией Burson Marsteller для обучения публичных представителей транснациональных корпораций. В настоящее время она применяется в качестве поточной в ведущих американских и европейских тренинговых центрах.

Технология построена на жестком структурировании информации при подготовке к публичному выступлению: вся информация, необходимая для выступления, укладывается на один лист бумаги, при этом она расположена особым образом, что облегчает доступ к ней при забывании текста.

Английское выражение «message house» возможно трактовать и как «дом сообщения», и как «публичное сообщение». В данной технологии знаковыми являются три элемента: послание, аргументы и основания. По сути они напоминают элементы дома: подвал, этаж и крышу. Остановимся на каждом из них подробнее:

1. **Послание (message).** Послание — это та короткая содержательная часть, которая остается у наших собеседников после того, как процесс общения закончен. Отличительной особенностью послания является его краткость и понимание с точки зрения слушателя.

2. **Аргументы.** Аргументы, они же доводы — это то, на чем «держится» послание. Они отвечают на вопрос «почему?»: почему ваше послание верно? почему вы считаете это важным? почему вы это утверждаете?

3. **Основания (принципы).** В случае «идеального» развертывания событий при коротком выступлении этот элемент остается незадействованным. Под основаниями имеются в виду принципиальные, мировоззренческие взгляды оратора, его «картина мира».

Оратор начинает раскрывать свое мировоззрение, старается убедить, говорит о своих принципах. Он видит мир через призму своей деятельности и, основываясь на этом видении, решает задачи публичного выступления: информирует, изменяет

устаревшую точку зрения, заставляет слушателей если не принять его доводы сразу, то хотя бы задуматься над ними.

Среди основных правил выступления необходимо упомянуть следующие:

1) строить выступление необходимо на аргументах, а не на слайдах: оратор должен вести аудиторию не от слайда к слайду, а от тезиса к аргументу, от аргумента к примеру, от вывода к выводу;

2) готовится к выступлению необходимо заранее: выступление должно быть подготовлено, прорепетировано и даже отхронометрировано; это не исключает использование в выступлении искренности и импровизации;

3) необходимо помнить, что аудитория — это живые люди: за те минуты, что отводятся на презентацию, оратор должен заставить слушателей поверить ему;

4) важный элемент выступления — вера самого оратора. Ему поверят только в том случае, если он сам верит в то, что говорит;

5) иногда оратору необходима доля эмоциональности: сказанное в сердцах точное словцо «электризует» аудиторию;

6) готовить презентацию нужно предвидя возможные сложности.

По мнению древних риториков, риторика — наука не только техническая, но и моральная: совершенный оратор должен прежде всего обладать высокими моральными качествами. Так, римский ритор и автор «Наставлений оратору» — самого полного учебника ораторского искусства, дошедшего до нас от античности, Марк Квинтилиан полагал: «Риторика есть добродетель... Как можно отделить слово человеческое от мысли, разума, нрава его!».

14.4. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ПРЕЗЕНТАЦИЙ

То, как будет представлена информация, зависит от содержания, структуры и стиля, поэтому профессионально подготовленная презентация имеет важное значение для выступающего.

Презентация должна быть структурированной, краткой и состоять не более чем из 25 слайдов. Слайды должны содержать только необходимый текст, а остальную информацию следует заменить иллюстративным материалом.

Единство стиля определяется:

– начертанием текста (3 разных типа шрифта — заголовок, основной текст и важная информация; 2 разных цвета шрифта — выделение ярким цветом только важной информации);

– цветом (максимум 3 цвета на один слайд);

– фоном;

– формой (при разработке формы презентации всегда следует думать о том, как зритель ее будет видеть в виде схем, диаграмм и др. Необходимо использовать только качественные изображения).

Перед тем, как приступить к оформлению презентации, рекомендуется:

– вдохновиться. Для этого нужно уделить 5 минут просмотру красивых презентаций, которые можно найти на многочисленных ресурсах;

– со всей серьезностью подойти к выбору цветовой гаммы. Цвета могут задать определенное настроение и коротко рассказать, к какой теме относится презентация. Ресурсы, которые могут помочь в этом вопросе, — это ColorAdobe и

ColorScheme. Принцип данных помощников заключается в том, что автор выбирает один главный цвет, а программа помогает выбрать 2 дополнительных. Благодаря правильному сочетанию цветов достигается их наиболее приятное восприятие. Не нужно забывать, что максимально допустимым является сочетание 3 цветов;

– выбрать шрифты. Не следует экспериментировать со шрифтами, лучше использовать классические варианты. Цвет шрифтов нужно максимально подобрать под основной цвет презентации;

– подобрать изображения. Картинки в основном используются как дополнение к тексту. Красивые фото могут повлиять на эмоции слушателей, и как результат, у них останется положительное мнение о презентации.

Использование презентаций активизирует процесс усвоения аудиторией информации, повышает интерес слушающих, позволяет добиться более глубокого понимания материала.

Темы рефератов:

1. Публичное выступление и ораторское мастерство.
2. Формирование профессиональных качеств голоса.
3. Логика и техника публичной речи.
4. Содержание и композиция публичного выступления.
5. Техники убеждения: рациональные и эмоциональные аргументы.
6. Структурирование процесса общения с конкретными аудиториями.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие невербальные средства коммуникации участвуют в формировании образа оратора?
2. Какое значение имеет сцена в публичном выступлении?
3. Назовите особенности пространственного расположения оратора при публичном выступлении.
4. Что не следует делать с руками во время публичного выступления?
5. Каким должен быть внешний вид оратора?
6. Какова структура публичного выступления?
7. Что необходимо учитывать при подготовке речи?
8. Из чего складывается приветствие?
9. Какие цели у публичной речи могут быть?
10. Назовите источники поиска и отбора материала для публичного выступления.

ТЕМА 15. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ПАЦИЕНТОВ

Каждую сотню лет средства массовой информации претерпевают изменения. Сейчас настало время тотального обмена информацией между конкретными людьми.

Марк Цукерберг

1. Особенности медицинской коммуникации в Интернете и информационные технологии в медицине.
2. Телемедицина.
3. Технологии информирования населения по вопросам здравоохранения, СМИ как канал распространения медицинской информации.

Ключевые слова: информационные технологии в медицине и здравоохранении, информатизация здравоохранения, телемедицина, телепатология, телеобразование, пресс-конференция, брифинг, «горячая линия».

15.1. Особенности медицинской коммуникации в Интернете и информационные технологии в медицине

Информационные технологии (ИТ) в современном мире применяются в экономике, политике, культуре. В настоящее время нет ни одной сферы общественной жизни, которая бы не воспользовалась преимуществами этого явления. Здравоохранение не стало исключением. Современные ИТ-разработки оказывают положительное влияние на развитие новых способов организации медицинской помощи населению. Большое количество стран уже давно активно используют новые технологии в сфере здравоохранения. Внедрение ИТ в сферу здравоохранения позволяет улучшить качество обслуживания, снизить затраты на обслуживание для пациентов и заметно ускорить работу персонала.

ИТ в медицине и здравоохранении помогают решить следующие задачи:

- 1) вести учет пациентов клиник;
- 2) наблюдать дистанционно за их состоянием;
- 3) контролировать правильность назначенного лечения;
- 4) сохранять и передавать результаты диагностических обследований;
- 5) предоставлять консультации малоопытным сотрудникам;
- 6) проводить удаленное обучение.

Например, ведение электронных медицинских карт позволяет сократить время сотрудников клиник на оформление различных бланков, ведь информация о пациенте представлена в одном документе, доступном медицинскому персоналу в любом из учреждений здравоохранения. Все данные об обследованиях и результаты процедур также вводятся в электронную медицинскую карту. Это дает возможность различным специалистам оценить качество назначенного лечения, обнаружить неточности диагностики, оперативно изменить тактику лечения.

Применение ИТ в медицине позволяет врачам проводить онлайн-консультации в любое удобное время. При этом повышается доступность медицинских услуг, ведь пациенты могут получить квалифицированную помощь от опытных врачей удаленно. Это особенно необходимо людям:

- проживающим в географически удаленных районах;
- с ограниченными физическими возможностями;
- попавшим в чрезвычайную ситуацию;
- находящимся в замкнутом пространстве.

Таким образом, пациентам или докторам не нужно преодолевать большие расстояния, чтобы получить консультацию. Врач может с помощью современных информационных технологий оценить состояние пациента, провести его осмотр и ознакомиться со всеми результатами его обследований.

Информатизация здравоохранения — это достаточно обширное понятие, которое также включает в себя мероприятия, направленные на информирование специалистов с помощью ИТ о научных достижениях в мире в области медицины. Таким образом, это эффективный способ обучения и повышения квалификации персонала больниц и клиник. С помощью таких технологий врачи могут быстро получать информацию о новых разработках и открытиях, которые помогут им работать эффективнее. Особенно актуальна эта проблема для медработников, которые трудятся в удаленных населенных пунктах.

15.2. ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Телемедицина — это одно из новейших направлений применения СМИ в медицине. Телемедицина представляет собой комплекс медицинских услуг с применением современных ИТ в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм, проведения медицинских исследований, а также непрерывного образования медицинских работников в интересах улучшения здоровья населения. Первой страной, которая внедрила в область практического применения телемедицинские проекты, стала Норвегия, затем ей последовала Франция. В настоящее время во многих странах телемедицина заняла важное место в системе здравоохранения.

Получают развитие международные сети медицинских телекоммуникаций, направленных на разные цели: система Satellife — для распространения медицинских знаний в развивающихся странах и подготовки кадров, Planet Heres — предложенная ВОЗ система глобальных научных телекоммуникаций, международной научной экспертизы и координации научных программ. Европейское сообщество уже несколько лет назад финансировало более 70 международных проектов, нацеленных на развитие различных аспектов телемедицины: от скорой помощи (проект NESTOR) до проведения лечения на дому (проект HOMER-D).

Основные направления телемедицины:

- телемедицинские консультации (телепатология);
- телеобразование (всевозможные материалы, включая лекции на сайтах учебных и других учреждений в Интернете, проведение научных конференций с трансляцией через Интернет и др.);
- дистанционные медицинские манипуляции с помощью медицинских роботов.

В Республике Беларусь на государственном уровне утверждены положения, обеспечивающие развитие и работу телемедицины, например, создание профильных подсетей в телемедицинских сетях (рентгенология / флюорография / томография, морфология, онкология, пульмонология и др.), создание нормативной базы, сотрудничество и обмен данными с информационными системами медицинских учреждений страны.

Действующие телемедицинские проекты в Республике Беларусь. В 2010 г. завершено создание очередного сегмента республиканской системы телемедицинского консультирования в наиболее пострадавших от Чернобыльской катастрофы районах Брестской, Гомельской и Могилевской областей. Телемедицинская система охватывает 11 организаций здравоохранения районного уровня (ЦРБ), 9 — областного уровня и 10 — республиканского уровня (РНПЦ). Все организации объединены единой корпоративной сетью. В рамках данной системы созданы возможности по дистанционному консультированию у ведущих специалистов областных и республиканских медицинских организаций по рентгенологическим, ультразвуковым и цитологическим исследованиям. Отработана технология передачи и удаленного консультирования электрокардиограмм (телеЭКГ). Наиболее активно проводятся консультации по проблеме опухолей щитовидной железы между Республиканским центром опухолей щитовидной железы (РЦОЩЖ), функционирующим на базе Минского городского клинического онкологического диспансера, и Республиканским научно-практическим центром радиационной медицины и экологии человека (РНПЦРМ и ЭЧ) в г. Гомеле.

Проходит консультирование в реальном времени с помощью видеоконференцсвязи неврологических пациентов солигорской поликлиники. Консультант — кафедра неврологических и нейрохирургических болезней БГМУ на базе 9-й клиники г. Минска.

В Минске наряду с действующей телемедицинской системой по флюорографии развивается консультативная телемедицинская система по маммографии на базе Минского городского клинического онкологического диспансера в качестве консультативного центра и четырех городских поликлиник. В Витебском областном кожвендиспансере создан кабинет телекоммуникационной медицины, установлен скоростной Интернет, видеокамера, что дало возможность проводить видеоконсультации пациентов в режиме реального времени в любом лечебном учреждении области при наличии в нем необходимого оборудования. В Гомельской области сеансы онлайн-консультирования отрабатываются на базе Республиканского научно-практического центра радиационной медицины и экологии человека и ряда клиник районов Гомельской области, наиболее пострадавших от Чернобыльской катастрофы. В Гродненской областной клинической больнице организованы два телемедицинских кабинета: специализированный в отделении неврологии в рамках проекта «Телеконсультирование неврологических больных» и в консультативной поликлинике.

Следует выделить следующие основные проблемные области деонтологии телемедицины:

- 1) обязательное наличие лицензии специалиста и его аккредитации;
- 2) соблюдение анонимности медицинской информации;

- 3) предупреждение злоупотреблением служебного положения;
- 4) безопасность пациента и защита его прав;
- 5) соблюдение процедуры информированного согласия;
- 6) определение единых стандартов и правил документирования медицинских процедур;
- 7) необходимость соблюдения юридических норм;
- 8) организация материального вознаграждения за медицинские услуги;
- 9) специфика применения телемедицинских технологий в ургентной помощи.

Помимо очевидных проблем, связанных с организацией и соблюдением норм права, в Республике Беларусь существует проблема, связанная с формированием негативного общественного мнения относительно «лечения по Интернету». Специалисты всех уровней должны осознавать важность развития ИТ в медицине и всячески содействовать их внедрению и продвижению.

Наряду с онлайн-консультированием, существует консультирование по электронной почте. Оно обладает следующими преимуществами:

- пациент может обратиться в любое удобное ему время суток;
- имеется быстрый и простой доступ к медицинской консультации;
- сохраняется весь архив общения врача и пациента;
- врач может в любой момент пригласить пациента на очный осмотр.

К недостаткам консультирования по электронной почте можно отнести:

- невозможность визуального осмотра и пальпации;
- отсутствие непосредственного контакта, необходимого для психологического комфорта;
- недостатки, связанные с организацией системы Интернет-услуг в медицине, как то: отсутствие механизмов правовой защиты пациента; возможность несанкционированного доступа к электронной почте.

Важным юридическим вопросом является обязательная государственная сертификация консультантов в системах, предусматривающих самообращение. При консультировании по самообращению (электронной почте) необходимо: четко разъяснить невозможность объективной оценки состояния здоровья пациента при такой форме телеконсультирования; в заключении излагается только общая информация и основные подходы к диагностике и лечению в данной ситуации; при сомнениях в полноте своих знаний необходимо перенаправить запрос иному специалисту, уведомив об этом пациента; необходимо обязательно рекомендовать пациенту обратиться к очному врачу.

На 27-й Всемирной медицинской ассамблее было принято «Положение об использовании компьютеров в медицине». А в 1992 г. на 44-й Всемирной медицинской ассамблее (Марбела, Испания) было принято «Положение о медицинском обследовании, «телемедицине» и медицинской этике».

Для профессионального использования ИТ в медицине создаются специальные организации. Например, в США существует «Коалиция здравоохранения в Интернет». Ниже приведен **Кодекс этики электронного здравоохранения (eHealth Code of Ethics)**, главной задачей которого является обеспечение людям всего мира возможности с доверием и знанием риска реализовать потенциал Интернета в помощи своему здоровью и здоровью своих пациентов.

Кодекс содержит 8 принципов¹:

1. Любой медицинский сайт должен быть подготовлен лицами, имеющими специальную подготовку и квалификацию, за исключением тех случаев, когда имеется специальная ссылка о том, что данная информация предоставлена гражданином или организацией, не являющимися специалистами в этой области.

2. Информация, представляемая на сайте, должна быть предназначена для поддержки, а не замены существующих отношений между пациентом и лечащим врачом.

3. Конфиденциальность информации в отношении отдельных пациентов и посетителей сайта, включая их личность, строго охраняется владельцами сайта.

4. При необходимости информация, содержащаяся на сайте, должна сопровождаться четкими ссылками на первоисточник и по возможности иметь гиперссылку на этот первоисточник. Дата обновления или изменения медицинской информации должна быть четко обозначена (например, в нижней части страницы).

5. Любые утверждения, касающиеся преимуществ/эффективности методов лечения, коммерческих продуктов и услуг, должны сопровождаться соответствующими подтверждениями.

6. Дизайнеры сайтов должны предоставлять информацию в наиболее ясной форме и обеспечивать поддержку пользователей, желающих получить в будущем дополнительную информацию. Дизайнеры обязаны указать свои адреса электронной почты на страницах сайта.

7. Финансовая политика данного сайта должна быть четко оговорена, включая координаты организаций, осуществляющих финансовую поддержку, предоставляющих услуги и материалы для данного сайта.

8. Если основным источником сайта является реклама, то это должно быть четко оговорено в представленном владельцем сайта кратком описании применяемой рекламной политики. Рекламные и иные подобные материалы должны быть представлены посетителям в форме и контексте, дающих возможность их простого отличия от оригинальных разработок владельца сайта.

15.3. ТЕХНОЛОГИИ ИНФОРМИРОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО ВОПРОСАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, СМИ КАК КАНАЛ РАСПРОСТРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Состояние общественного здоровья населения является основным критерием эффективности государственной политики в области охраны здоровья. В связи с этим профилактическая деятельность рассматривается как одно из приоритетных направлений государственной политики в области оздоровления нации. Основными задачами профилактической работы являются:

- формирование убеждений в необходимости здорового поведения;
- развитие навыков здоровьесберегающего образа жизни;
- предотвращение поведения, которое сопряжено с риском для здоровья индивидуума и общества в целом.

В Беларуси проблема здорового образа жизни рассматривается на правительственном уровне. Пропаганда здорового образа жизни в современных условиях яв-

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>.

ляется действенным и экономически выгодным механизмом сохранения здоровья. Учитывая, что здоровье человека более чем на 50 % определяется образом жизни, из всего комплекса мер, направленных на охрану здоровья населения, основным является формирование навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры. Это не требует значительных финансовых вложений, по сравнению с затратами на лечение болезней, но может вызвать ощутимый социально-экономический эффект.

Перед Министерством здравоохранения Республики Беларусь поставлены следующие задачи:

- формирование и обновление информационно-образовательной системы в сфере охраны здоровья населения для удовлетворения спроса населения на информацию о здоровье и способах его сохранения и укрепления;
- создание условий для приобретения навыков здорового образа жизни, включая моральное и материальное стимулирование работников, ведущих здоровый образ жизни;
- содействие формированию моды на здоровый образ жизни, популяризация культуры здоровья среди молодежи;
- создание безопасных условий жизнедеятельности человека;
- разработка и внедрение современных форм работы по формированию убеждения в престижности здорового поведения и воспитание потребности в здоровом образе жизни.

Работа по формированию здорового образа жизни является служебной обязанностью всего медицинского персонала. Учитывая все более возрастающий интерес населения к своему здоровью, взаимодействие со СМИ должно стать неотъемлемой частью профессиональной деятельности специалистов здравоохранения. В Республике Беларусь сформирована система проведения информационно-образовательной и пропагандистской работы по проблемам здорового образа жизни. Вопросы пропаганды здорового образа жизни отражаются в теле- и радиопрограммах. В печати и телевидении появился ряд постоянных рубрик, посвященных здоровью.

Во всех регионах республики ведется постоянная работа по информированию населения о преимуществах здорового образа жизни, вреде курения, недопустимости употребления наркотиков, злоупотребления алкогольными напитками. Активно проводятся массовые мероприятия и индивидуальная работа. Широкое распространение получили акции, «недели здоровья», конкурсы, информационные кампании, конференции, физкультурные пробеги, а также выставки литературы по тематике здорового образа жизни. Наряду с традиционными формами работы внедряются более эффективные, отвечающие современным требованиям.

Одновременное информирование по вопросам здравоохранения значительного числа людей может выполняться в местах их массового пребывания (торговые, спортивные, культурно-развлекательные учреждения), массового отдыха, в общественном транспорте, на административных зданиях, крупных объектах экономики. В этих местах информирование населения может осуществляться с использованием различных устройств коллективного пользования (уличные информационные стенды, плакаты, светодиодные панели, экраны и др.).

Следует также отметить такой метод, как пресс-конференция — мероприятие для СМИ, организованная встреча журналистов с официальными представителями и проводимая в случаях, когда есть общественно значимая новость или/и необходимость представить официальную информацию из «первых уст». Пресс-конференция готовится заранее, подразумевает использование аудиовизуальных дополнительных средств, имеет целью предоставление широкому кругу людей проблемной информации. Для организации пресс-конференции необходимо составление медиаплана, рассылка пресс-релиза, подготовка площадки, изготовление раздаточных материалов и сувенирной продукции, организация фуршета. В ходе пресс-конференции официальные представители отвечают на вопросы журналистов.

Большое значение в настоящее время имеет также брифинг — краткая пресс-конференция, посвященная одному вопросу. Она отличается отсутствием презентационной части, более короткими временными рамками и носит оповещательный характер. Для информационной поддержки на нее приглашаются СМИ. Правила проведения брифинга таковы, что организаторы могут ограничиться сообщением и не вступать в диалог с журналистами.

Для обратной связи с населением создана «горячая линия». Она выполняет следующие функции:

- организация работы по приему граждан, регистрации и доставке письменных, устных и электронных обращений граждан, а также административных жалоб от граждан руководству Министерства, работникам Министерства;
- изучение, анализ, обобщение поступающих предложений, заявлений и жалоб граждан;
- организация работы с документами, совершенствование системы контроля за исполнением обращений граждан;
- контроль за выполнением управлениями и отделами Министерства поручений и указаний вышестоящих органов государственного управления и руководства Министерства по обращениям граждан;
- обеспечение приема, компьютерной регистрации, учета, хранения обращений граждан и дел, по которым делопроизводство закончено;
- отбор и подготовка дел для сдачи в государственный архив.

Всемирные кампании ВОЗ по охране здоровья. Для привлечения внимания к важнейшим проблемам общественного здравоохранения проводятся различные «дни здоровья», многие из которых поддерживаются ВОЗ и партнерами. Ниже приводится перечень дней, посвященных проблемам здоровья, которые по решению Всемирной ассамблеи здравоохранения официально отмечаются ВОЗ:

- Всемирный день борьбы с туберкулезом — 24 марта;
- Всемирный день здоровья — 7 апреля;
- Всемирный день борьбы с малярией — 25 апреля;
- Всемирная неделя иммунизации — последняя неделя апреля;
- Всемирный день без табака — 31 мая;
- Всемирный день донора крови — 14 июня;
- Всемирный день борьбы с гепатитом — 28 июля;
- Всемирный день борьбы против СПИДа — 1 декабря;

– Всемирный день здоровья — 7 апреля. Отмечается ежегодно начиная с 1950 г. В этот день в 1948 г. вступил в силу Устав Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Каждый год для Всемирного дня здоровья выбирается тема, отражающая важнейшую область общественного здравоохранения. В этот день люди из различных социальных групп получают возможность для участия в мероприятиях, которые могут способствовать улучшению здоровья.

Существует много видов деятельности и стратегий, которые помогают реализации одной из основных целей кампании Всемирного дня здоровья — выход за рамки сектора здравоохранения и формирование длительного взаимодействия населения и общественных организаций с учреждениями здравоохранения. Организуются конкурсы и соревнования, различные мероприятия на уровне начального и среднего образования, университетские форумы, ярмарки здоровья, встречи с руководством города, области, республики по вопросам здравоохранения.

Темы рефератов:

1. Пресс-конференция, пресс-релиз, статья, интервью, комментарии как формы распространения медицинской информации.
2. Практические способы адаптации текста и информационных сообщений, содержащих медицинскую информацию.
3. Особенности онлайн-общения врача и пациента.
4. Телемедицина: особенности коммуникации врача и пациента.
5. Организация «горячих линий» в сфере здравоохранения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какое отношение имеют ИТ к медицине?
2. Какие положительные аспекты внедрения ИТ в медицину вы можете назвать?
3. Каким пациентам особенно важно иметь возможность получать медицинскую помощь удаленно?
4. Что включает в себя информатизация здравоохранения?
5. Какое значение имеют ИТ для образования в здравоохранении?
6. Что такое телемедицина?
7. Какими направлениями представлена телемедицина?
8. Назовите принципы построения телемедицины в Республике Беларусь.
9. Назовите примеры конкретного использования телемедицины в Республике Беларусь в различных областях медицины.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И КАЗУСЫ ДЛЯ ОБСУЖДЕНИЯ¹

1. Ассистент кафедры кожных болезней, консультируя пациента с псориазом, на его вопрос о том, сколько времени он будет страдать этим заболеванием, ответил: «Всю жизнь!». Пациент, не ожидавший такого ответа, очень расстроился, т. к. думал, что его заболевание легко вылечить. Какой нравственный принцип и правило нарушил ассистент, давая категорическое заключение о сроках течения болезни? Предложите свой вариант информирования пациента о его заболевании.

2. Пациент с язвенной болезнью проходит обследование в хирургическом отделении. В план обследования включена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), необходимая для выбора метода лечения: консервативного или оперативного (в том числе и способа оперативного вмешательства). Пациенту в доступной форме объясняют суть исследования, предупреждают о возможных осложнениях и риске летального исхода. Пациент подписывает отказ на проведение данной манипуляции. Как должен поступить врач в данной ситуации?

3. Раненный при задержании преступника милиционер был доставлен в больницу. После обработки раны ему необходимо переливание крови в связи с большой кровопотерей. Однако кровь подобной группы имеется для другого пациента, который должен оперироваться в плановом порядке. Дежурный хирург принимает решение использовать имеющийся запас крови, отменить плановую операцию, поставив об этом в известность пациента. Какой моральный принцип определил решение врача? Каким критерием руководствовался врач, распределяя дефицитный медицинский ресурс?

4. Женщина, 40 лет, беременна на сроке 16 недель. Беременность первая, желанная. До этого пациентка длительное время лечилась по поводу бесплодия. На фоне нормально протекающей беременности развивается дисфагия (затруднение прохождения пищи по пищеводу). При обследовании выявлен рак кардиального отдела желудка 4-й степени с прорастанием в левую долю печени. Отмечается стимулирующее влияние беременности на рост опухоли и пагубное влияние раковой интоксикации на развитие плода. Лечащий врач настаивает на прерывании беременности. Женщина дала согласие на аборт. Дайте оценку решения женщины с правовой, моральной и религиозной позиции.

5. Врач диагностировал у пациента, работающего водителем автобуса, эпилепсию. Пациент отказывается сообщить о случившемся с ним по месту работы, поскольку знает, что это повлечет его отстранение от рейсов и необходимость переквалификации. Как должен поступить врач в этой ситуации?

¹ Ситуационные задачи и казусы подготовлены на основе следующих источников:

1. Ситуационные задачи по курсу «Биомедицинская этика» / под ред. проф. И. В. Силуяновой. Москва, 2005.

2. Медицина и права человека: нормы и правила международного права, этики, католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религиозной морали. Москва, 1992.

6. Во время беседы на приеме у психиатра пациент сообщает о возникающих у него идеях убить или покалечить кого-либо из близких. Должен ли врач предупредить этих людей о грозящей им опасности или же ему надлежит сохранить информацию конфиденциальной?

7. На приеме в поликлинике ЛОР-врач обнаруживает у пациента опухоль гортани в ранней стадии, но не сообщает ему об этом, боясь за его психическое состояние. Врач дает пациенту направление в онкологический диспансер, но пациент долгое время откладывает посещение онколога, мотивируя это отсутствием времени. В результате пациент был доставлен в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи с диагнозом «стеноз гортани 3-й степени; рак гортани с прорастанием в пищевод». Какое правило биомедицинской этики нарушил врач поликлиники? Дайте оценку его действию с моральной и правовой позиции.

8. У женщины произошли преждевременные роды в 28 недель. Настоящая беременность наступила после многих безуспешных лет лечения бесплодия. Шансы, что ребенок выживет, минимальные. Мать попросила доктора пригласить священника для крещения ребенка. Должен ли врач удовлетворить просьбу пациентки?

9. Ребенок известных родителей самостоятельно обратился в травмпункт по факту побоев со стороны сверстников. Он направлен на госпитализацию в состоянии средней тяжести. В тот же день лица, представившиеся родственниками потерпевшего, запросили по телефону информацию по факту обращения ребенка. Также было несколько обращений из периодической прессы. Как должен поступить медицинский персонал в данной ситуации?

10. Пациент поступил в офтальмологическое отделение с признаками воспаления левого глаза неясной этиологии. При обязательном обследовании пациента получены следующие результаты: положительная реакция Вассермана (4 креста) и ИФА на ВИЧ. Пациенту было сообщено о его заболеваниях и предложено лечение в специализированном стационаре, от которого он уклонился. Должен ли врач в этой ситуации сообщить о диагнозе пациента его семье?

11. В приемное отделение зимой в сильный мороз поступил пациент-бомж. При осмотре окулистом выявлено воспалительное заболевание левого глаза (катаральный увеит), которое не требует госпитализации в отделение, но нуждается в обязательном амбулаторном лечении. Учитывая социальное положение пациента, врач приемного отделения переписал диагноз на более опасный и госпитализировал пациента в стационар. Какой принцип биомедицинской этики выполнял врач?

12. Пациент страдает неоперабельной формой рака поджелудочной железы. Врач решил не сообщать пациенту диагноз и проинформировать о его состоянии родственников. Дайте оценку решения врача с правовой, моральной и религиозной позиции.

13. Замужняя женщина, имеющая детей, обращается с просьбой о перевязывании маточных труб. Дайте оценку решения женщины с правовой, моральной и религиозной позиции.

14. Новорожденный ребенок страдает атрезией заднего прохода и болезнью Дауна. Немедленное хирургическое вмешательство позволило бы, вероятно, спасти жизнь новорожденного, но его интеллект не превысил бы со временем уровня

4-летнего ребенка, а продолжительность жизни составила бы около двадцати лет. Родители отказываются от операции, предпочитая, чтобы ребенок умер естественной смертью. Дайте моральную оценку их решения.

15. Мужчина, 45 лет, страдает боковым амиотрофическим склерозом с расстройством фонации и глотания. Психическое состояние нормальное. Обращается с просьбой об «активной» эвтаназии. Является ли просьба пациента юридически и морально обоснованной? В чем в данном случае состоит долг врача?

16. У мужчины, 72 года, рак предстательной железы, костные и гепатические метастазы, однако он не знает, что обречен. В рамках избранной терапии проводится проверка противоракового препарата (первое испытание на человеке). Согласия пациента не испрашивалось. Допустимо ли проведение подобных исследований, если они потенциально могут быть полезны пациенту?

17. Женщина, 25 лет, госпитализирована в связи с добровольным прерыванием беременности. Пациентка согласилась на введение ей за 48 часов до аборта определенных веществ с целью изучения их воздействия (тератогенное действие) на 12-недельный эмбрион. Допустимо ли проведение подобного исследования? Дайте моральную оценку решения женщины.

18. Пациент, 50 лет, подает жалобу на врача по поводу возникновения у него фармакозависимости. Страдает хронической астмой, в связи с чем врач назначил ему кортикостероиды. Пациента беспокоят побочные действия препарата. Врач заявляет, что разъяснил пациенту возможные последствия действия препарата и получил его согласие. Какими моральными соображениями руководствовался врач при назначении данного препарата? Как можно разрешить конфликт врача и пациента в этом случае?

19. Мужчине, 38 лет, проведена жизненно необходимая ему операция (поясничная симпатэктомия) по поводу артериита нижних конечностей без предупреждения о возможных последствиях. В результате операции наступила полная импотенция. Оцените правомочность и этичность действий врачей в этом случае.

20. Пациент со СПИДом просит не сообщать о его диагнозе партнеру или партнерше. Какие правовые и этические нормы действуют в данном случае? Какой оптимальный вариант поведения врача вы можете предложить?

21. Хирург систематически проводит тестирование пациентов на ВИЧ без их ведома и отказывается их оперировать в случае положительной реакции. Оцените поведение врача с точки зрения принципов и правил биомедицинской этики.

22. Ребенок, 3 года, страдает врожденным пороком сердца. Необходимо хирургическое вмешательство на открытом сердце. Операция срочная. Родители (свидетели Иеговы) отказываются от операции в связи с недопустимостью (по их религиозным соображениям) необходимого во время операции переливания крови. Как должны (и имеют право) поступить врачи в этом случае?

23. Мужчина, 42 года, женат, отец двоих детей, в результате вирусной инфекции страдает сердечно-легочной недостаточностью в последней стадии. С его согласия готовится к операции по пересадке комплекса «легкие – сердце». В день операции отказывается от хирургического вмешательства, которое могло бы спасти ему жизнь. Его семья, жена и дети, просят бригаду провести операцию и спасти его. Каковы правовые и моральные обязательства медиков в подобном случае?

24. Пациент, 80 лет, ветеран Великой Отечественной войны, поступил в стационар. В связи с отсутствием свободных мест в палатах был определен в коридор. Пациент требовал перевести его в палату, ссылаясь на заслуги перед отечеством. Впоследствии он стал первым из пациентов, находящихся в коридоре, кто был переведен в палату. Какой принцип биомедицинской этики определил такое решение?

25. В реанимацию московской больницы поступил ребенок с гангреной правой нижней конечности. Резко выражена интоксикация, полиорганная недостаточность. Родители ребенка категорически отказались от оперативного лечения — ампутации. Попытки убедить родителей предпринимались в течение двух дней. На третьи сутки ребенок погиб от полиорганной недостаточности. От вскрытия родители отказались. Как в данной ситуации должны были поступить врачи?

26. В косметической клинике пациентке была проведена липосакция, удаленная жировая ткань в дальнейшем была использована для получения стволовых клеток. Должны ли были врачи сообщить об этом пациентке?

27. В больницы часто поступают люди, которые живут на улице. Иногда они, несмотря на то, что находятся в тяжелом состоянии, в течение нескольких дней лежат в коридоре без внимания со стороны врачей и младшего медицинского персонала. Врачи и медсестры брезгают подходить к ним. Нередко первую помощь эти люди получают от других пациентов. Какой принцип отношения медицинского персонала к пациентам при этом нарушается?

28. У молодой женщины впервые в 30 лет возникли приступы эпилепсии. Она была обследована стационарно в неврологическом отделении республиканской больницы, поставлен диагноз «эпилепсия». Но при выписке в листке нетрудоспособности был указан другой диагноз — «вегето-сосудистая дистония». Каким правилом руководствовались врачи в данной ситуации?

29. Доцент хирургической кафедры на обходе в реанимационном отделении на вопрос только что пришедшего в себя после обширной операции пациента о сроках пребывания в реанимации лаконично ответил: «До конца!». Оцените высказывание врача. Предложите свой вариант информирования пациента.

30. Акушер-гинеколог, работая в фармацевтической фирме и получая 20 % от стоимости препарата в случае его продажи, назначает дорогостоящий поливитаминный комплекс всем беременным на своем участке. При этом «забывает» рассказать о возможных побочных эффектах, таких как частые аллергические реакции разной степени тяжести и раннее закрытие большого родничка у ребенка, и возможных более дешевых, но не менее эффективных аналогах. Какие принципы и правила биомедицинской этики нарушает врач?

31. В клинику поступил пациент, 20 лет, с проникающим колото-резанным ранением передней брюшной стенки, ранением печени, внутрибрюшным кровотечением, геморрагическим шоком III степени. Пациент без сознания, доставлен бригадой скорой помощи с улицы в 3 часа ночи, родственников нет. Какими принципами и правилами биомедицинской этики должны руководствоваться медицинские работники в данной ситуации?

32. При обследовании врач частной коммерческой поликлиники ставит женщине диагноз «сифилис». Из медицинской карты он знает, что женщина работает в

системе общественного питания. Должен ли врач сообщить о диагнозе пациентки по месту ее работы?

33. При осмотре ребенка с судорогами врач сообщает матери, что для точной диагностики ребенку необходимо провести МРТ головного мозга под наркозом, который вводится внутривенно. Мама отказывается, т. к. боится, что наркоз навредит ее ребенку. Как должен поступить в данном случае врач?

34. Пациент оперируется по поводу аппендицита. На операции выявлены признаки рака слепой кишки. Выполняется радикальная операция. Метастазы не выявлены. Необходимо ли ставить в известность пациента о расширении объема операции и причине этого?

35. В палате лежит пациентка с явными признаками насильственной травмы. Однако пациентка настойчиво утверждает, что она упала. Как должен поступить врач в данной ситуации?

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Азбука коммуникаций в системе здравоохранения*. Петрозаводск, 2010.
2. *Биомедицинская этика*. Практикум. Минск : БГМУ, 2011.
3. *Биомедицинская этика : учеб. пособие / под ред. Т. В. Мишаткиной, С. Д. Денисова, Я. С. Яскевич*. Минск, 2003.
4. *Биомедицинская этика : словарь-справочник / под ред. Т. В. Мишаткиной*. Минск : БГЭУ, 2007.
5. *Ермишин, А. П.* Генетически модифицированные организмы : мифы и реальность / А. П. Ермишин. Минск, 2004.
6. *Жарко, В. И.* Здравоохранение Республики Беларусь : прошлое, настоящее, будущее / В. И. Жарко. Минск : МТП, 2012.
7. *Иванюшкин, А. А.* Профессиональная этика в медицине : (филос. очерки) / А. А. Иванюшкин. Москва, 1990.
8. *Иванюшкин, А. Я.* Введение в биоэтику / А. Я. Иванюшкин. Москва, 1998.
9. *Иванюшкин, А. Я.* История и этика сестринского дела / А. Я. Иванюшкин, А. К. Хетагурова. Москва, 2003.
10. *Кац, Р.* Коммуникационные барьеры между медиком и пациентом / Р. Кац // Мир медицины. 2000. № 3.
11. *Коммуникации в организации* [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://partnerstvo.ru>. Дата доступа : 17.04.2018.
12. *Корж, С. Б.* Деонтология в онкологии / С. Б. Корж. Минск, 1975.
13. *Медицина и права человека : нормы и правила международного права, этики католической, протестантской, иудейской, мусульманской и буддийской религий*. Москва, 1992.
14. *Медицина и средства массовой информации / под ред. В. И. Покровского*. Москва : Медицина, 1991.
15. *Основы теории коммуникации / под ред. А. В. Василика*. Москва : Гардарики, 2003.
16. *Кильчевский, А. В.* Биологическая безопасность. Современные подходы и оценка качества пищевой, фармакологической и сельскохозяйственной продукции / А. В. Кильчевский [и др.]. Минск : Белорусская наука, 2015.
17. *Кюблер-Росс, Э.* О смерти и умирании / Э. Кюблер-Росс. Киев : София, 2001.
18. *Пустовит, С. В.* Глобальная биоэтика : становление теории и практики / С. В. Пустовит. Киев, 2009.
19. *Силуянова, И. В.* Человек и болезнь / И. В. Силуянова. Москва, 2002.
20. *Силуянова, И. В.* Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма / И. В. Силуянова // Экономика здравоохранения. 2000. № 1/42.
21. *Силуянова, И. В.* «Патернализм» и «информированное согласие» : этическое и правовое регулирование отношений врач–пациент / И. В. Силуянова // Медицинское право : федеральный научно-практический журнал / Национальная Ассоциация медицинского права. 2005. № 2.
22. *Силуянова, И. В.* Этика врачевания / И. В. Силуянова. Москва, 2000.
23. *Тищенко, П. Д.* Биовласть в эпоху биотехнологий / П. Д. Тищенко. Москва, 2001.
24. *Уолкер, А. Э.* Смерть мозга / А. Э. Уолкер ; пер. с англ. Москва, 1988.
25. *Хейзинга, Й.* Осень средневековья / Й. Хейзинга. Москва, 1995.
26. *Швейцер, А.* Культура и этика / А. Швейцер. Москва, 1973.

ХЕЛЬСИНКСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ¹ (извлечения)

ЭТИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С УЧАСТИЕМ ЛЮДЕЙ В КАЧЕСТВЕ СУБЪЕКТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основные принципы:

3. Женевская декларация ВМА определяет долг врача следующими словами: «Здоровье моего пациента будет моей главной заботой», а Международный кодекс медицинской этики гласит: «Врач при оказании медицинской помощи должен действовать в интересах пациента».

4. Долг врача — поддерживать и охранять здоровье, благополучие и права пациентов, в том числе тех, которые участвуют в медицинском исследовании. Знания и совесть врача должны быть направлены на служение этому долгу.

5. Прогресс медицины основан на научных исследованиях, которые, в конечном счете, должны включать исследования с участием людей в качестве субъектов.

...

7. Медицинские исследования должны проводиться с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследований и защиту их здоровья и прав.

8. В то время как основная цель медицинских исследований — получение новых знаний, эта цель никогда не должна превалировать над правами и интересами отдельных субъектов исследования.

9. Долгом врача, вовлеченного в медицинское исследование, является защита жизни, здоровья, достоинства, неприкосновенности, права на самоопределение, частную жизнь и конфиденциальность персональных данных субъектов исследования. Ответственность за защиту субъектов исследования всегда несет врач или иной медицинский работник, и ни в коем случае такая ответственность не может быть возложена на субъекта исследования, даже если он дал свое согласие.

10. Врачи должны учитывать как национальные, так и международные этические и правовые нормы и стандарты проведения исследований с участием человека в качестве субъекта. Никакие национальные или международные этические или правовые требования не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией.

11. Медицинские исследования должны проводиться таким образом, чтобы минимизировать возможный вред окружающей среде.

12. Медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта должны проводиться только лицами, имеющими соответствующую этическую и научную подготовку, образование и квалификацию. ...

¹ Принята на 18-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г., изменения внесены на 64-й Генеральной ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, октябрь 2013 г.

13. Группам, в недостаточной мере привлекаемым к участию в медицинских исследованиях, необходимо обеспечить возможность участия в них.

...

15. Субъектам, пострадавшим в результате участия в исследовании, должны быть гарантированы соответствующие компенсация и лечение.

Риски, неудобства и польза

16. ...Медицинское исследование с участием человека в качестве субъекта может проводиться только тогда, когда важность цели исследования превышает риски и неудобства для субъектов исследования.

17. Каждому медицинскому исследованию с участием человека в качестве субъекта должно предшествовать тщательное сопоставление возможного риска и неудобств для включенных в исследование лиц или групп с ожидаемой пользой как для этих, так и для других лиц или групп населения, страдающих от заболевания/состояния, при котором проводится данное исследование.

Должны быть предприняты меры по минимизации рисков. Риски должны постоянно контролироваться, оцениваться и документироваться исследователями.

18. Врачи не должны принимать участие в исследованиях с участием людей в качестве субъектов, если они не уверены в том, что произведена надлежащая оценка возможного риска, и что его можно адекватно контролировать.

Если выясняется, что риски превышают ожидаемую пользу, либо становится очевиден определенный исход исследования, врачи должны оценить целесообразность продолжения, изменения либо немедленной остановки исследования.

Уязвимые лица и группы лиц

...

20. Медицинское исследование с участием уязвимых групп лиц оправдано только в том случае, если оно имеет отношение к потребностям и приоритетам оказания медицинской помощи именно данной категории лиц и не может быть проведено с участием лиц, не относящихся к уязвимой группе. Кроме того, эта категория лиц должна получать пользу от теоретических и практических знаний или нового метода вмешательства, полученных в результате исследования.

Научные требования и протоколы исследований

21. Медицинские исследования с участием человека в качестве субъекта должны соответствовать общепринятым научным принципам и основываться на глубоком знании научной литературы, других источников информации, на результатах достаточных лабораторных исследований и, при необходимости, исследований на животных. Необходимо проявлять гуманность по отношению к животным, используемым в исследованиях.

22. Дизайн и порядок выполнения каждого исследования с участием человека в качестве субъекта должны быть четко описаны и обоснованы в протоколе исследования.

Протокол должен освещать этические аспекты исследования и содержать информацию о том, как обеспечивается соблюдение принципов настоящей Декларации. ...

Комитеты по этике

23. Перед началом исследования протокол должен быть направлен для рассмотрения, комментирования, выработки рекомендаций и одобрения в соответствующий комитет по этике. Такой комитет должен быть прозрачен в своей деятельности, независим от исследователя, спонсора и любого иного неуместного влияния, должен иметь надлежащую квалификацию. Он должен учитывать законы и подзаконные акты страны или стран, в которых планируется проведение исследования, а также соответствующие международные нормы и стандарты, которые, однако, не должны умалять или отменять меры по защите субъектов исследования, установленные настоящей Декларацией. ...

Частная жизнь и конфиденциальность

24. Должны быть приняты все меры для защиты частной жизни субъектов исследования и конфиденциальности их персональных данных.

Информированное согласие

25. Участие в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, должно быть добровольным. Несмотря на то, что в ряде случаев может быть уместной консультация с родственниками или лидерами социальной группы, ни одно лицо, способное дать информированное согласие, не может быть включено в исследование, если оно не дало своего собственного добровольного согласия.

26. В медицинском исследовании с участием в качестве субъектов исследования лиц, способных дать информированное согласие, каждый потенциальный субъект должен получить достаточную информацию о целях, методах, источниках финансирования, любых возможных конфликтах интересов, принадлежности к каким-либо организациям, ожидаемой пользе и потенциальных рисках, о неудобствах, которые могут возникнуть вследствие участия в исследовании, условиях, действующих после окончания исследования, а также о любых иных значимых аспектах исследования. Потенциальный субъект исследования должен быть проинформирован о своем праве отказаться от участия в исследовании или отозвать свое согласие на участие в любой момент без каких-либо неблагоприятных для себя последствий. Особое внимание должно уделяться специфическим информационным потребностям каждого потенциального субъекта, а также методам, используемым для предоставления информации.

Убедившись, что потенциальный субъект понял предоставленную ему информацию, врач или иное лицо, имеющее соответствующую квалификацию, должны получить добровольное информированное согласие субъекта на участие в исследовании, предпочтительно в письменной форме. Если согласие не может быть выражено в письменной форме, должно быть надлежащим образом оформлено и засвидетельствовано устное согласие.

Всем субъектам медицинского исследования должна быть предоставлена возможность получения информации об общих выводах и результатах исследования.

...

31. Врач должен предоставить пациенту полную информацию о том, какие из аспектов лечения относятся к проводимому исследованию. Отказ пациента участвовать в исследовании или решение о выходе из исследования не должны отражаться на его взаимоотношениях с врачом. ...

Условия после окончания исследования

34. До начала исследования спонсоры, исследователи и государственные органы стран, в которых планируется исследование, должны предусмотреть возможность доступа участников исследования к требующейся им терапии, если в процессе исследования выяснилось, что она приносит им пользу. Эта информация должна быть доведена до сведения участников исследования в процессе получения информированного согласия.

Регистрация исследований, публикации и распространение результатов

35. Каждое исследование с участием людей в качестве субъектов исследования должно быть зарегистрировано в публично доступной базе данных прежде, чем в него будет включен первый субъект.

36. Исследователи, авторы, спонсоры, редакторы и издатели несут этические обязательства в отношении публикации и распространения результатов исследования. ...

Непроверенные вмешательства в клинической практике

37. При лечении конкретного пациента, если проверенных вмешательств не существует или существующие не оказывают должного эффекта, врач, после консультации с экспертами и получения информированного согласия пациента или его законного представителя, может использовать непроверенное вмешательство, если, по мнению врача, его применение дает надежду спасти жизнь пациента, восстановить его здоровье или облегчить страдания. Такое вмешательство должно впоследствии стать объектом исследования, организованного с целью оценки его эффективности и безопасности. В любом случае, вся новая информация должна документироваться и, в соответствующих случаях, становиться публично доступной.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС¹) ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖИВОТНЫХ

Основные принципы:

I. Необходимым условием развития биологических знаний и разработки более совершенных средств охраны здоровья и обеспечения благополучия как людей, так и животных является проведение экспериментов на интактных живых животных самых разнообразных видов.

II. Там, где необходимо, в этих целях следует применять математические модели, машинное моделирование и биологические системы *in vitro*.

III. Эксперименты на животных следует проводить только после тщательного рассмотрения их значения для здоровья человека или самих животных и для прогресса биологических знаний.

IV. Для экспериментов следует отбирать здоровых животных надлежащего вида, ограничиваясь тем минимальным их количеством, которое требуется для получения научно достоверных результатов.

V. Исследователям и другому персоналу всегда надлежит относиться к животным как к чувствительным к различного рода воздействиям существам и считать своим этическим долгом обращаться с животными и использовать их таким образом, чтобы свести к минимуму причиняемые им неудобства, страдания и боль.

VI. Исследователям надлежит исходить из того, что вмешательства, причиняющие боль людям, вызывают болевые ощущения и у животных, хотя сведения о восприятии боли животными пока еще далеко недостаточны.

VII. Вмешательства, которые не относятся к кратковременным или минимальным, следует выполнять с применением надлежащих седативных, анальгетических или наркотических средств в соответствии с нормами, принятыми в ветеринарной практике. Хирургические и другие болезненные вмешательства не следует проводить на животных, только обездвиженных с помощью релаксантов и не получивших полноценного наркоза.

VIII. При необходимости отступления от положений статьи VII решения по этому вопросу должны приниматься не только исследователями, непосредственно проводящими эксперименты, а соответствующим компетентным комитетом с учетом статей IV, V и VI. Такие отступления не должны быть мотивированы исключительно учебно-демонстрационными целями.

IX. К концу или в процессе эксперимента животных, которые по его завершении будут испытывать сильные или постоянные боли, физические страдания, неудобства или постоянную функциональную недостаточность, не поддающиеся устранению, следует умерщвлять безболезненным способом.

¹ Разработан и опубликован в 1985 г. Советом международных научных организаций, Женева.

Х. Животным, предназначенным для медико-биологических исследований, следует обеспечить наилучшие возможные условия жизни. Как общее правило, уход за животными должен контролировать ветеринар, имеющий опыт работы с лабораторными животными. В любом случае животным при необходимости следует предоставлять ветеринарную помощь.

ХІ. Руководителям институтов или отделов, в которых в научных целях используются животные, следует позаботиться о том, чтобы проводящие эксперименты исследователи и вспомогательный персонал имели достаточную подготовку или опыт проведения таких экспериментов. Необходимо создать возможности для полноценной их подготовки в этой области без отрыва от работы, включая обучение способам правильного и гуманного ухода за животными, находящимися на их попечении.

Репозиторий БГМУ

ГАВАЙСКАЯ ДЕКЛАРАЦИЯ¹

1. Целью психиатрии является лечение психических заболеваний и улучшение психического здоровья. Используя все свои возможности, в соответствии с полученными научными знаниями и принятыми этическими принципами психиатр должен служить высшим интересам пациента, и также заботиться об общем благе и справедливом размещении ресурсов здравоохранения. Достижение этих целей требует непрерывных исследований и постоянного обучения здравоохранительного персонала, пациентов и общественности.

2. Каждый психиатр должен предложить пациенту лучшую из находящихся в его распоряжении и соответствующих его знаниям терапий, и если это принято, должен лечить пациента с заботой и уважением, достойными всякого человека. Если психиатр несет ответственность за лечение, которое проводят другие врачи, он должен осуществлять квалифицированное руководство ими и их обучение. В случае потребности или по обоснованной просьбе пациента психиатр должен обратиться за помощью к своему коллеге.

3. Психиатр стремится к таким отношениям с пациентами, которые основываются на взаимном согласии. В оптимальном варианте это требует доверия, конфиденциальности, сотрудничества и взаимной ответственности. С некоторыми пациентами установление таких взаимоотношений может быть невозможным. Тогда контакт должен быть установлен родственниками или другими людьми, близкими пациенту. Если взаимоотношения установлены не в терапевтических, а в целях судебной психиатрии или иных, их природа должна быть подробно объяснена заинтересованным лицам.

4. Психиатр должен проинформировать пациента о природе его заболевания, терапевтических процедурах, включая различные альтернативы, и о возможных последствиях. Такую информацию следует излагать в тактичной форме, пациенту должна быть предоставлена возможность выбора между необходимыми и доступными методиками.

5. Никакое лечение не должно осуществляться против воли пациента, если только из-за психического заболевания он не может сформировать своего мнения о том, что послужит ему в высших интересах, а также если без данного лечения вероятно появление серьезного вреда для пациента или других лиц.

6. Как только показания к принудительному лечению исчезают, пациент должен быть освобожден от такового, а для осуществления дальнейшей терапии врач должен получить добровольное согласие пациента. Психиатр должен проинформировать пациента и/или его родственников или других близких лиц о существовании механизмов обжалования задержания и любых других жалоб, связанных с благополучием пациента.

7. Психиатр никогда не должен использовать свои профессиональные возможности для оскорбления достоинства и нарушения прав какого-либо индивида

¹ Одобрена Генеральной ассамблеей ВПА, Вена. Австрия, 10 июля 1983 г.

или группы и никогда не должен позволять неприемлемым личным желаниям, чувствам, предрассудкам или убеждениям влиять на лечение. Психиатр ни в коем случае не должен использовать приемы своей профессии, если психическое заболевание не было подтверждено. Если пациент или третьи лица требуют действий, которые противоречат научным знаниям или этическим принципам, то психиатр должен отказаться от сотрудничества с ним.

8. Чтобы ни было сказано пациентом или чтобы ни было записано в течение обследования или лечения, это должно быть конфиденциально, если только пациент не освободил психиатра от такого обязательства или если раскрытие информации необходимо для предотвращения причинения серьезного вреда пациенту или другим лицам. В этом случае, однако, пациент должен быть проинформирован о нарушении конфиденциальности.

9. Для умножения и распространения знаний по психиатрии необходимо участие пациента. Однако должно быть получено информированное согласие на демонстрацию пациента перед аудиторией и, если возможно, на использование истории болезни для научной публикации. При этом должны быть предприняты все разумные меры в целях сохранения достоинства и анонимности пациента, защиты его личной репутации. Участие пациента должно быть добровольно после получения полной информации о целях, процедурах, опасностях и неудобствах исследовательского проекта, а также всегда должно сохраняться разумное соотношение между предполагаемыми опасностями, неудобствами и пользой исследования. Каждый участник клинического исследования должен пользоваться всеми правами пациента. Для детей и других пациентов, которые не могут сами дать информированное согласие, таковое должно быть получено от ближайшего родственника. Каждый пациент или участник исследования волен отказаться по любым причинам и в любое время от любого добровольного лечения и от любой учебной или исследовательской программы, в которой он участвует. Этот отказ, как и несогласие включиться в программу, никак не должны влиять на усилия психиатра, направленные на оказание помощи пациенту или участнику.

10. Психиатр должен остановить все терапевтические, учебные или исследовательские программы, которые могут войти в противоречие с принципами настоящей Декларации.

ТЕСТ 1. ВАШ СТИЛЬ ОБЩЕНИЯ

У каждого человека своя излюбленная манера общения — то, что обычно называют стилем. Данный тест поможет определить ваш стиль общения. На каждый вопрос даны 3 варианта ответов. Выберите тот, который вас устраивает.

- 1. Склонны ли вы искать пути примирения после очередного служебного конфликта?**
 - а. Всегда.
 - б. Иногда.
 - в. Никогда.
- 2. Как вы ведете себя в критической ситуации?**
 - а. Внутренне «кипите».
 - б. Сохраняете полное спокойствие.
 - в. Теряете самообладание.
- 3. Каким считают вас коллеги?**
 - а. Самоуверенным и завистливым.
 - б. Дружелюбным.
 - в. Спокойным и независимым.
- 4. Как вы отреагируете, если вам предложат ответственную должность?**
 - а. Примете ее с некоторыми опасениями.
 - б. Согласитесь без колебаний.
 - в. Откажетесь от нее ради собственного спокойствия.
- 5. Как вы будете себя вести, если кто-то из коллег без разрешения возьмет с вашего стола бумагу?**
 - а. Выдадите ему «по первое число».
 - б. Заставите вернуть.
 - в. Спросите, не нужно ли ему что-нибудь еще.
- 6. Какими словами вы встретите мужа (жену), если он (она) вернулся (вернулась) с работы позже обычного?**
 - а. «Что тебя так задержало?»
 - б. «Где ты пропадаешь допоздна?»
 - в. «Я уж начал(а) волноваться».
- 7. Как вы ведете себя за рулем автомобиля?**
 - а. Стараетесь обогнать машину, которая «показала вам хвост».
 - б. Вам все равно, сколько автомобилей вас обогнало.
 - в. Мчитесь с такой скоростью, чтобы никто не догнал вас.
- 8. Какими вы считаете свои взгляды на жизнь?**
 - а. Сбалансированными.
 - б. Легкомысленными.
 - в. Крайне жесткими.

- 9. Что вы предпринимаете, если не все удается?**
- а. Пытаетесь свалить вину на другого.
 - б. Смиряетесь.
 - в. Становитесь впредь осторожнее.
- 10. Как вы реагируете на фельетон о случаях распущенности среди современной молодежи?**
- а. Пора бы уже запретить молодежи такие развлечения.
 - б. Надо создать возможность для молодежи организованно и культурно отдыхать.
 - в. И чего мы столько возмемся с молодежью?
- 11. Что вы ощущаете, если должность, которую вы хотели занять, досталась другому?**
- а. И зачем я только на это нервы тратил(а)?
 - б. Видно, этот человек начальнику приятнее.
 - в. Может быть, мне это удастся в другой раз.
- 12. Какие чувства вы испытываете, когда смотрите страшный фильм?**
- а. Страх.
 - б. Скуки.
 - в. Искреннего удовольствия.
- 13. Как вы будете себя вести, если образовалась дорожная пробка и вы опоздали на важное совещание?**
- а. Будете нервничать во время совещания.
 - б. Попытаетесь вызвать снисходительность партнеров.
 - в. Огорчитесь.
- 14. Как вы относитесь к своим спортивным увлечениям?**
- а. Обязательно стараетесь выиграть.
 - б. Цените удовольствие почувствовать себя вновь молодым.
 - в. Очень сердитесь, если проигрываете.
- 15. Как вы поступите, если вас плохо обслуживают в ресторане?**
- а. Стерпите, чтобы избежать скандала.
 - б. Вызовете метрдотеля и сделаете ему замечание.
 - в. Отправитесь с жалобой к директору ресторана.
- 16. Как вы поступите, если вашего ребенка обижают в школе?**
- а. Поговорите с учителем.
 - б. Устроите скандал родителям ребенка, обидевшего вашего.
 - в. Посоветуете ребенку дать сдачи.
- 17. Какой вы человек?**
- а. Средний.
 - б. Самоуверенный.
 - в. Пробивной.
- 18. Что вы скажете подчиненному, с которым столкнулись в дверях?**
- а. «Простите, это моя вина».
 - б. «Ничего, пустяки».
 - в. «А повнимательнее вы не можете быть?»

19. Какова ваша реакция на статью в газете о хулиганстве в среде молодежи?

- а. Когда же, наконец, будут приняты конкретные меры?
- б. Надо бы ввести суровые наказания!
- в. Нельзя же все валить на молодежь, виноваты и воспитатели.

20. Какое животное вы любите?

- а. Тигра.
- б. Домашнюю кошку.
- в. Медведя.

Оценка ответов. Определите ваш ответ в баллах. Баллы просуммируйте. Если вы не выбрали ответ из предложенных вариантов, то по заданному вопросу вы набрали 0 баллов.

Баллы за ответ

От- вет	Номер вопроса																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
а	1	2	3	2	3	2	2	2	3	3	1	3	1	2	1	1	1	1	2	3
б	2	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	3	1	2
в	3	3	1	1	1	1	3	3	1	2	3	1	2	1	2	3	2	2	3	1

Интерпретация результатов:

34 балла и менее. Вы чрезмерно миролюбивы, что обусловлено недостаточной уверенностью в собственных силах и возможностях. Это, конечно, не значит, что вы «греетесь под любым ветерком». И все же побольше решительности вам не помешает. К критике «снизу» относитесь доброжелательно, но побаиваетесь критики «сверху».

35–44 балла. Вы умеренно агрессивны, вам сопутствует успех в жизни, поскольку в вас достаточно здорового честолюбия. К критике вы относитесь доброжелательно, если она деловая и без претензий.

45 баллов и более. Вы излишне агрессивны и неуравновешенны, нередко бываете чрезмерно жестки по отношению к другим людям, надеетесь дойти до управленческих «верхов», рассчитывая на свои силы. Добиваясь успеха в какой-либо области, вы можете пожертвовать интересами окружающих. К критике вы относитесь двойственно: критику «сверху» принимаете, а критику «снизу» воспринимаете болезненно, порой небрежно. Вы можете преследовать критику «снизу».

Если *по семи и более вопросам вы набрали по 3 балла и менее чем по семи вопросам — по 1 баллу*, то ваша агрессивность носит скорее разрушительный, чем конструктивный характер. Вы склонны к непродуманным поступкам и ожесточенным дискуссиям, относитесь к людям пренебрежительно и своим поведением провоцируете конфликтные ситуации, которых вполне могли бы избежать.

Если же *по семи и более вопросам вы получили по 1 баллу и менее чем по семи вопросам — по 3 балла*, то вы чрезмерно замкнуты. Это не означает, что вам не присущи вспышки агрессивности, просто вы их тщательно подавляете.

ТЕСТ 2. ОБЩИТЕЛЬНЫЙ ЛИ ВЫ ЧЕЛОВЕК?

Этот тест позволит вам определить уровень вашей коммуникативности.

- 1. Если вас пригласил в гости человек, которому вы не симпатизируете, примете ли вы это приглашение?**
 - а. Да.
 - б. Только в исключительных случаях.
 - в. Нет.
- 2. Представьте себе, что в гостях вы вынуждены сидеть около человека, которого вы считаете своим врагом. Как вы себя поведете?**
 - а. Не буду обращать на него внимания.
 - б. Буду отвечать только на его вопросы.
 - в. Попытаюсь завязать с ним непринужденный разговор.
- 3. Вы только что собрались зайти в одну квартиру, но внезапно слышите, что там возник семейный спор. Что вы сделаете?**
 - а. Все-таки позвоню.
 - б. Подожду, пока спор прекратится.
 - в. Уйду.
- 4. Что вы сделаете, если в гостях вам предложат блюдо, которое вы не любите?**
 - а. Несмотря на отвращение, съем его.
 - б. Скажу хозяевам, что не могу его есть.
 - в. Пожалуюсь на отсутствие аппетита.
- 5. Какой бутерброд вы обычно выбираете?**
 - а. Самый лучший.
 - б. Самый маленький.
 - в. Ближайший ко мне.
- 6. Что вы предпримете в том случае, если в компании внезапно наступил перерыв в разговоре?**
 - а. Подожду до тех пор, пока кто-нибудь не начнет разговор на новую тему.
 - б. Сам найду какую-нибудь тему.
- 7. Представьте, что вы на работе или где-нибудь еще попали в неприятное положение. Расскажите ли вы об этом своим знакомым?**
 - а. Обязательно.
 - б. Только друзьям.
 - в. Не скажу ни одному человеку.
- 8. Добавляете ли вы что-нибудь от себя в рассказы, которые слышали от других?**
 - а. Да.
 - б. С очень незначительными «улучшениями».
 - в. Почти нет.
- 9. Носите ли вы с собой фотографию любимого человека и показываете ли ее друзьям?**
 - а. Да.
 - б. Иногда.
 - в. Никогда.

- 10. Что вы делаете, если, будучи в компании, не понимаете рассказанного анекдота?**
- а. Смеюсь вместе со всеми.
 - б. Остаюсь серьезным.
 - в. Прошу, чтобы кто-нибудь объяснил мне суть анекдота.
- 11. Что вы предпринимаете, если, будучи в компании, начинаете ощущать резкую головную боль?**
- а. Тихо терплю.
 - б. Прошу таблетку от головной боли.
 - в. Иду домой.
- 12. Что вы делаете, если, находясь в гостях, узнаете, что по телевизору сейчас начнется передача, которая интересует только вас?**
- а. Прошу, чтобы хозяин включил телевизор.
 - б. Смотрю ее в соседней комнате, чтобы не мешать остальным гостям.
 - в. Отказываюсь от просмотра передачи.
- 13. Вы находитесь в гостях. Какая ситуация для вас более комфортна?**
- а. Когда я развлекаю гостей.
 - б. Когда меня развлекают другие.
- 14. Обладаете ли вы привычкой заранее решать, как долго сможете оставаться в гостях?**
- а. Нет.
 - б. Иногда.
 - в. Да.
- 15. Корреспондент газеты взял у вас интервью. Какова ваша реакция?**
- а. Доволен, если это интервью напечатают.
 - б. Хотел бы, чтобы это было уже в прошлом.
 - в. Мне это совсем безразлично.
- 16. Смогли бы вы беспристрастно отнестись к людям, которых терпеть не можете?**
- а. Безусловно.
 - б. Только в виде исключения.
 - в. Не задумывался над этим вопросом.
- 17. Соглашаетесь ли вы с мнением других людей, если оно справедливо, но для вас неблагоприятно?**
- а. Не всегда.
 - б. Если только оно подтверждает мое мнение.
 - в. А зачем, собственно говоря, это делать?
- 18. Когда вы прекращаете спорить?**
- а. Чем скорее, тем лучше.
 - б. Когда этот спор не имеет никакого смысла.
 - в. После того, как я убедил своего оппонента.
- 19. Если вы знаете наизусть стихи, будете ли читать их в обществе?**
- а. С удовольствием.
 - б. Если об этом попросят.
 - в. Ни в коем случае.

20. Представьте себе, что вы живете во времена графа Монте-Кристо, сидите в подземной тюрьме и внезапно узнаете, что в соседней камере заключен ваш злейший враг. Начнете ли вы с ним перестукиваться?

- а. Как можно скорее.
- б. Когда не смогу больше терпеть одиночества.
- в. Никогда.

21. Есть ли у вас обыкновение встречать Новый год на главной площади города?

- а. Да.
- б. Нет.
- в. Под Новый год я обычно сплю.

Оценка ответов. Определите ваш ответ в баллах. Баллы просуммируйте.

Баллы за ответ

От- вет	Номер вопроса																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
а	20	0	5	10	0	5	30	15	0	0	5	0	20	0	10	15	25	0	0	20	5
б	5	5	10	0	5	15	5	5	5	5	10	5	5	5	0	5	5	5	5	5	0
в	0	25	0	5	10	–	0	0	10	10	0	10	2	15	5	0	0	10	10	0	10

Интерпретация результатов:

280–300 баллов. Возникает подозрение, что вы не всегда внимательно читали вопросы или не всегда искренне на них отвечали. Проверьте себя еще раз.

200–280 баллов. Вы можете быть довольны собой, по крайней мере в том, что касается ваших общественных способностей. Вы охотно проводите свободное время среди людей и в любом обществе являетесь желанным гостем и собеседником. Вы впечатлительны, обладаете живым умом, а также являетесь хорошим слушателем и рассказчиком. Эти и некоторые другие способности часто делают вас душой компании.

100–200 баллов. Ваше отношение к общественной жизни нелегко определить. С одной стороны, вы обладаете свойствами и наклонностями, которые делают вас приятным для общества человеком, с другой — прочие качества вашего характера как бы затемяют первые. В целом, вы можете чувствовать себя вполне удовлетворительно в обществе, хотя вам не всегда легко удастся приспособиться к окружающим. Однако в окружении людей, которым вы симпатизируете, вы часто проводите очень приятные часы.

50–100 баллов. Вам нужно признаться в том, что, как правило, вы любите одиночество и в узком семейном или дружеском кругу чувствуете себя значительно лучше, чем в большой компании. Что ж, многие знаменитые люди, вошедшие в историю, нередко принадлежали к этой категории людей.

0–50 баллов. Вы слишком замкнуты и живете, избегая общества других людей. Советуем вам быть пообщительнее: это необходимо, в первую очередь, именно для вас самих.

ТЕСТ 3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ ВАШЕЙ ОБЩИТЕЛЬНОСТИ

На вопросы отвечайте «да», «иногда» или «нет».

1. Если вам предстоит обычная или деловая встреча, выбивает ли вас ее ожидание из колеи?
2. Свойственно ли вам откладывать визит к врачу до последнего момента?
3. Вызывает ли у вас смятение неожиданное поручение выступить с докладом, сообщением в незнакомой до этого аудитории?
4. Если вам предложат поехать по делам в город, в котором вы никогда не были и не имеете никаких знакомых, приложите ли вы максимум усилий, чтобы этого не сделать?
5. Любите ли вы делиться своими переживаниями с малознакомыми людьми?
6. Раздражает ли вас просьба незнакомых людей на улице показать дорогу, назвать время, ответить на какой-то вопрос?
7. Считаете ли вы, что людям разных поколений бывает трудно понять проблемы друг друга?
8. Постесняетесь ли вы напомнить знакомому(ой), что он(она) забыл(ла) вам вернуть деньги, взятые в долг несколько месяцев назад?
9. Если вам в ресторане или кафе подадут явно недоброкачественное блюдо, промолчите ли вы, рассерженно отодвинув тарелку?
10. Оказавшись один на один с незнакомым человеком, вы не вступите с ним в беседу и будете тяготиться, если первым заговорит он?
11. Избегаете ли вы вставать в длинную очередь, где бы она ни была (в магазине, буфете, кинотеатре)?
12. Избегаете ли вы участвовать в комиссии по рассмотрению конфликтной ситуации?
13. Вы всегда имеете собственное мнение по поводу прочитанных книг, просмотренных спектаклей и фильмов?
14. Предпочитаете ли вы промолчать, если услышите явно ошибочное суждение по хорошо известному вам вопросу или факту?
15. Вызывает ли у вас досаду чья-либо просьба помочь разобраться в учебной теме или служебном деле?
16. Предпочитаете ли вы излагать свою точку зрения в письменной форме устному изложению?

Оценка ответов. За ответ «да» начислите 2 балла, «иногда» — 1 балл, «нет» — 0 баллов. Суммируйте полученные баллы.

Интерпретация результатов:

30–32 балла. Вы явно некоммуникабельны, из-за чего сами сильно страдаете. Близким людям с вами нелегко. На вас трудно положиться в деле, требующем групповых усилий. Старайтесь быть общительнее, контролируйте себя.

25–29 баллов. Вы замкнуты, неразговорчивы, предпочитаете уединение. У вас мало друзей. Новая работа, обстановка, новые контакты с людьми тяготят вас. Необходим тренинг.

0–24 балла. Вы достаточно общительны и в незнакомой обстановке чувствуете себя вполне уверенно. Новые проблемы вас не пугают. И все же с новыми людьми сходитесь с оглядкой, в спорах и диспутах участвуете неохотно. Эти недостатки исправимы.

ТЕСТ 4. ЛЮБЯТ ЛИ ВАС ЛЮДИ?

Ответьте «да», если вы согласны с утверждением, и «нет», если не согласны.

1. Вы должны помнить, что почти постоянно в течение дня вас пристально оценивают те, с кем вам приходится общаться.

2. У человека должно быть достаточно развито чувство независимости, чтобы обсуждать с друзьями свое хобби, независимо от того, разделяют они его увлечение или нет.

3. Самое мудрое — это сохранять достоинство даже тогда, когда у вас имеется сильный соблазн поступить иначе.

4. Если человек замечает ошибки в речи других, ему следует их поправлять.

5. Когда вы встречаетесь с незнакомыми людьми, вы должны быть достаточно остроумными и привлекательными, чтобы произвести на них впечатление.

6. Когда вас представляют другому человеку, а вы не расслышали его имя, вы должны попросить его повторить свое имя.

7. Вы уверены, что вас уважают за то, что вы никогда не позволяете другим подшучивать над собой.

8. Вы должны быть всегда настороже, иначе окружающие начнут подшучивать над вами и выставлять в смешном виде.

9. Если вы общаетесь с блестящим и остроумным человеком, лучше не ввязываться в соревнование, а отдать ему должное и закончить разговор.

10. Человек должен всегда стараться вести себя так, чтобы его поведение соответствовало настроению компании, в которой он находится.

11. Вы должны всегда помогать своим друзьям, потому что может прийти время, когда вам очень понадобится их помощь.

12. Не стоит оказывать слишком много услуг другим, потому что в конце концов очень немногие оценивают эти услуги по достоинству.

13. Лучше, когда другие зависят от вас, чем когда вы зависите от других.

14. Настоящий друг всегда старается помогать своим друзьям.

15. Человек должен выставлять напоказ свои лучшие качества, чтобы его оценили по достоинству и одобрили.

16. Если в компании рассказывают анекдот, который вы уже слышали, вы должны остановить рассказчика.

17. Если в компании рассказывают анекдот, который вы уже слышали, вы должны быть достаточно вежливы, чтобы от сердца посмеяться над анекдотом.

18. Если друг пригласил вас к себе, а вы предпочитаете сходить в кино, вы должны придумать какое-то объяснение, а не сообщать ему действительную причину, рискуя обидеть друга.

19. Настоящий друг требует, чтобы его близкие всегда поступали наилучшим для него образом, даже когда они не хотят этого.

20. Люди не должны упрямо и настойчиво защищать свои убеждения всякий раз, когда кто-нибудь выражает противоположное мнение.

Оценка ответов. За каждый ответ, совпадающий с «правильным», начислите по 5 баллов. Правильные ответы: «да» — 6, 13, 14, 20-е утверждение, «нет» — все остальные. Суммируйте баллы.

Интерпретация результатов:

85–100 баллов — отлично.

75–80 баллов — хорошо.

65–70 баллов — удовлетворительно.

0–60 баллов — плохо.

Чем выше сумма баллов, тем больше у вас оснований считать, что окружающие вас любят.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Раздел I. Становление и особенности биомедицинской этики.....	4
Тема 1. История профессиональной этики врача. Теоретические основания биомедицинской этики.....	4
Тема 2. Биомедицинская этика и моральные ориентиры медицины.....	17
Раздел II. «Открытые» проблемы биомедицинской этики.....	28
Тема 3. Этические и правовые аспекты репродукции человека	28
Тема 4. Этические аспекты смерти и умирания	42
Тема 5. Этические и правовые аспекты трансплантологии	55
Тема 6. Этические аспекты биомедицинских исследований.....	70
Тема 7. Этические проблемы использования генно-инженерных технологий	79
Раздел III. Деонтологические проблемы в контексте биомедицинской этики.....	90
Тема 8. Современная медицинская деонтология.....	90
Тема 9. Деонтология в различных областях медицинской практики	101
Раздел IV. Коммуникации в здравоохранении	113
Тема 10. Основные понятия теории коммуникации.....	113
Тема 11. Организация коммуникативного процесса в здравоохранении	121
Тема 12. Лидерство и руководство.....	139
Тема 13. Коммуникативные барьеры в процессе общения	148
Тема 14. Сущность и технологии публичных выступлений	157
Тема 15. Современные технологии информирования населения и пациентов.....	164
Ситуационные задачи и казусы для обсуждения	172
Список использованной литературы.....	177
Приложение 1	178
Приложение 2	182
Приложение 3	184
Приложение 4.....	186

Учебное издание

Климович Анна Игоревна
Перережко Ирина Ростиславовна
Красникова Инна Геннадьевна и др.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БИМЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И КОММУНИКАЦИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск О. Л. Познякова
Редактор О. В. Лавникович

Подписано в печать 04.02.19. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 11,39. Уч.-изд. л. 13,17. Тираж 500 экз. Заказ 56.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.