

В.М. Яковлев, А.В. Ягода*

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет», кафедра госпитальной терапии

ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ДЕГУМАНИЗАЦИЮ ОТНОШЕНИЙ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

Резюме

В настоящее время в медицинской литературе редко обсуждаются вопросы врачебной морали (этики). Мы не касаемся причин утраты интереса к столь важному положению социального гуманизма современной медицины, т.к. основная цель нашего исследования относится к дифференцированной оценке ситуации сегодняшнего дня — тенденции к дегуманизации отношений врача и пациента.

Ключевые слова: этика, гуманизм, медицина.

Abstract

Today medical literature rarely discusses medical ethics. We do not consider the causes of loss of interest in such an important position of social humanism of modern medicine, as main purpose of our study is the differentiated assessment of the situation today — trend of dehumanizing doctor and patient relationship.

Key words: ethics, humanism, medicine.

Медицина, как ни одна другая специальность, основывается не только на достижениях технического и информационного прогресса, но и на многовековом опыте врачевания наших предшественников, которым мы отдаём дань благодарности и памяти, которые создали её как гуманитарную науку, способствующую и по сей день служить сохранению и восстановлению здоровья и продлению жизни человека [4]. В 1870 г. немецкий патолог Рудольф Вирхов на международном съезде врачей сказал: «Медицина — одна из самых ярких представительниц гуманности. Служба врача есть служба человечеству».

Врачевание своей основной целью считает служение человеку, его здоровью. Идеологией врачевания на протяжении столетий является социальный гуманизм. Одна из величайших опасностей, подстерегающих нас в будущем, кроется в том, что технологии могут вытеснить гуманизм из медицины — пророческие слова Дж. Брайанта фактически сбылись. Современный врач в своей деятельности не руководствуется постулатами социального гуманизма, в связи с этим неуклонно нарастает процесс дегуманизации в отношениях врача и пациента.

В настоящее время дегуманизация медицины наблюдается во всех цивилизованных странах. В зарубежной и отечественной медицине довольно остро проявляются негативные отношения пациентов к врачам и среднему медицинскому персоналу. Каковы основные причины возникшего противостояния между пациентом и врачом? В контексте рассматриваемой проблемы можно обозначить только некоторые из них.

За последние десятилетия в результате бурного научно-технического прогресса возникла необходимость узкой специализации врачей. Введение в клиническую практику большого числа диагностических, лечебных и информационных методов привело к известным издержкам, в частности, «техницизму», «дегуманизации медицины» и «потере больного». Постепенно создаётся ситуация, когда медицинское, вернее врачебное, мышление сосредоточивается на патологии отдельных тканей или органов, а такая узкая направленность заслоняет восприятие больного в целом, затрудняет видение личности страдающего человека во всей её полноте, со всеми присущими ей индивидуальными особенностями, проблемами, стремлениями, огорчениями и надеждами.

Многие практикующие врачи находятся в «аппаратно-лабораторной зависимости», которая сегодня является определяющей в диагностическом, лечебном и профилактическом процессе общения «врач — больной». Многокомпонентные, сложные, обременительные для больного исследования выдвигаются на передний план, оттесняя традиционные клинические методы и сам личностный, психологический, человеческий контакт и общение врача и пациента. Современные диагностические и информационные технологии разделяют врача и больного, а клиническая медицина утрачивает гуманитарные позиции. Некоторые врачи теряют представление о больном как о личности, девальвируются ценности и значение психологии отношений врача и больного, тонкой индивидуализации познания личности, лечения и профилактики в повседневной врачебной

*Контакты. E-mail: alexanderyagodagmail.com. Телефон: (8652) 35-23-31

деятельности. Остаётся лишь доминанта объективно обнаруженной болезни, которая не преломляется и не осмысливается через индивида и социальный гуманизм. Вместе с тем «виновны» в этом, конечно, не сами техника и научно-технический прогресс, а неадекватное восприятие и до конца не осознанное использование, которое определяет степень «зависимости» врача клинициста.

При этом врач поставлен перед выбором: или изучать личность больного, индивидуализировать лечение и профилактику, входить в тонкий душевный контакт, или просто обследовать его «на современном уровне». Элементы «дегуманизации» в работе врача в большей степени обусловлены не «технизацией медицины», а дефектами воспитания и самовоспитания, вернее, отсутствием у большинства клиницистов мотивации к самоактуализации, т.е. постоянному профессиональному самосовершенствованию.

Кризис доверия больного к врачу проявляется не только в перечисленных выше положениях, но также социально-экономических взаимосвязях, которые определяют отношение врача к пациенту с позиций финансового и социального положения в обществе. В дополнение к этому некоторые средства массовой информации с помощью рекламной кампании углубляют кризис доверия между пациентом и врачом. Фактически к сегодняшнему дню в практической медицине дегуманизация прогрессирует, в основе этого процесса лежат морально-этические проблемы.

Парадокс современного врачевания, несмотря на внедрение в практику врачебной деятельности биотехнологий и высокий темп развития медицинской науки, состоит в низких результатах полезных и эффективных действий врача по диагностике, лечению и профилактике. Контроль и гарантия качества медицинской помощи, их правовое обеспечение в отечественной медицине не отвечают мировым и европейским стандартам, хотя являются важным фактором для решения проблемы дегуманизации.

Одной из ведущих причин дегуманизации врачевания является утрата профессионализма, определяющего личность врача, потребность постоянно совершенствовать свои знания, умения и опыт. Естественно, что все люди в социальном обществе, исключая редких патологических личностей, имеют потребность в стабильной, обоснованной, обычно высокой самооценке, в самоуважении или чувстве собственного достоинства и в уважении окружающих. Эти потребности можно отнести к одному из двух подклассов по А. Маслоу [4]. К первому из них относятся сила воли в самосовершенствовании и достижении профессионализма (врачебного мастерства), адекватность, компетентность, уверенность перед лицом внешнего мира, независимость и свобода; ко второму подклассу — потребность в хорошей репутации или престиже, которые определяют окружающее социальное

общество и коллеги, а также известность, слава, превосходство, признание, внимание, профессиональная значимость. Наиболее «стабильное», а, следовательно, наиболее здоровое чувство самоуважения базируется на заслуженном уважении врача со стороны окружающих, т.е. пациента, а не показной славе и известности или неоправданной лести [4].

К базовым когнитивным потребностям относится желание к познанию и пониманию. Это столь же личностная потребность, сколь и базовая [4]. Обладание знанием означает приобретение и сохранение имеющихся знаний (информации); знание по принципу бытия участвует в процессе продуктивного творческого мышления. «Оптимальное знание по принципу бытия — это *знать глубже*, а по принципу обладания — иметь больше знаний» [3]. Именно врачу общей практики следует руководствоваться в формировании профессионализма неприятием поверхностной оценки состояния здоровья пациента, необоснованных заключений по диагнозу, лечению и профилактике; стремиться к познанию истины, а не формальному «обладанию знанием».

Потребность врача в самоактуализации (постоянном самосовершенствовании личности и профессионального мастерства на основе идей социального гуманизма и гуманистической психологии) может быть определена «как желание» в большей степени проявить присущие человеку отличительные черты, чтобы достичь всего, на что он способен. Конкретное воплощение, которое принимают эти потребности, разумеется, отличается значительным разнообразием в зависимости от личности [4]. Эта потребность в наибольшей степени отражает коренную проблему человеческого существования — альтернативу между «*обладанием*» и «*бытием*», по Э. Фромму [3].

В России в условиях рыночной экономики сложился принцип «иметь или обладать» материальными ценностями, который не соответствует канонам социального гуманизма и врачебной этики. Во врачебном сообществе фактически оказались утраченными гуманитарные установки, полученные в *alma mater* и в ходе последипломного образования, что является одной из ведущих причин дегуманизации в отечественной практической медицине.

К.К. Платонов [2] одним из первых в отечественной медицине изучал особенности ценностной ориентации врачей, специфику побуждений и потребностей врача к профессиональной деятельности с позиций личностного подхода. В зависимости от направленности потребности личности (иметь или быть) он выделял 3 типа врачей: 1) врач, внутренне ориентированный на разнообразные ценности; 2) врач, для которого ориентация на профессиональные, морально-этические ценности, особенно на высшие, носит внешний, формальный характер; 3) врач, дезориентированный в отношении личностных ценностей в силу низкого духовного и нравственного уровня развития личности.

Гуманность личности врача проявляется в переживаниях, сострадании, человеколюбии, в актах содействия, соучастия, помощи. Врача без этих свойств личности представить невозможно. Давно замечено, что от врача ожидают высочайшего, почти героического самопожертвования: обычно для него недопустимо использовать профессию только как прибыльное занятие — врач должен, прежде всего, иметь в виду благо других людей. Это означает, что врач постоянно находится в состоянии переживания и соучастия, охвачен стремлением помочь людям избавиться от страданий (то, что можно называть медицинским служением), или по сути своей он не вполне медик, хотя и обладает медицинскими знаниями и профессиональными качествами — они могут быть вполне безупречными.

Таким образом, гуманизм составляет этическую основу медицины, определяет высокую степень её моральной ответственности, выраженной в поведении врача, согласовании его поступков и избираемых им способов лечения с интересами больного, на макроуровне — с требованиями общества. Социально-этическая составляющая медицины позволяет определить её не только как социальное естествознание, но и как «выработанные человечеством практические действия по сохранению индивидуального и общественного здоровья, врачеванию, реабилитации» [2].

Основой гуманных отношений врача и больного является медицинская этика. В 1989 г. Т. Бошам и Дж. Чайлдресс [5] сформулировали 4 основных принципа медицинской этики: 1) не навреди; 2) делай благо; 3) уважай автономии пациента; 4) соблюдай принцип справедливости. Эти принципы являются основополагающими в отношении врача к пациенту. Они оказались привлекательными для клиницистов, т.к. конкретизировали и вместе с тем упрощали моральную оценку их действий в отношении пациента.

Соблюдаются ли принципы врачебной этики в отечественной медицине? Да, но только некоторыми врачами — профессионалами с большим врачебным опытом и знаниями, воспитанными на традициях социального гуманизма. Гуманное отношение врача к больному проявляется также осознанным отказом от действий, которые формируют негативные последствия, а именно: вред пациенту:

- неквалифицированные, неверные действия врача, связанные с его недостаточным профессионализмом;
- небрежность, недобросовестность, халатность врача. Обычно такие нарушения допускают врачи с высоким самомнением и те, у которых недостаточно развито чувство долга;
- при нарушении принципа конфиденциальности (разглашении врачебной тайны);

- принцип «не навреди» обязывает врача постоянно думать о том, как обеспечить безопасность больного при выполнении тех или иных диагностических и лечебных процедур и иметь все необходимые средства для борьбы с этими осложнениями;

- вред больному может быть причинён врачом умышленно, в данном случае это правонарушение, а не нарушение врачебной этики. К этой категории относится и вред больному, вызванный с бездействием врача.

Основополагающий принцип социального гуманизма «делай добро» очень кратко и ёмко отражён в обращении к врачу Т. Бошама и Дж. Чайлдресса: «Твой долг — стремиться только к благу больного, действовать только в его высших интересах» [5].

Принцип «уважения автономии больного» — это самостоятельное и осознанное принятие пациентом решения о необходимых методах диагностики и лечения. Для того чтобы больной принял определённое решение, врач должен информировать его о характере заболевания и планируемых диагностических и лечебных мероприятиях. При этом задача врача заключается в том, чтобы рассказать о заболевании в общих чертах (раскрыть сущность заболевания) и осветить лишь принципы лечения, не касаясь отдельных деталей. Если позволяет характер заболевания и оно не является внезапным, для уточнения отдельных вопросов больной нередко обращается за советом к знакомым, друзьям, родственникам, другим врачам, а в настоящее время — в Интернет, где можно найти сведения о диагностике и лечении многих заболеваний. И если после этого больным будет принято определённое решение, то оно считается автономным.

В статье с ограниченной по объёму информацией авторы изложили своё клиническое видение чрезвычайно важной проблемы — дегуманизации в современной отечественной и зарубежной медицине, основной целью которого является привлечение внимания медицинского сообщества к сложившейся кризисной ситуации в отношениях «врач – больной».

Ⓐ

Список литературы

1. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. СПб.: Питер. 2006. 351 с.
2. Платонов К.К. Личность в медицине // Этико-психологические проблемы медицины / Под ред. Г.И. Царегородцева. М.: Медицина. 1978. С. 7–42.
3. Фромм Э. Душа человека. М.: Республика. 1992. 430 с.
4. Чазов Е.И. Очерки диагностики. М.: Медицина. 1988. 112 с.
5. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. Oxford Univ. press, 1989.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.