

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН
ФГБОУ ВО «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

*МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ.
ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБЩЕНИЯ*



Материалы Всероссийской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 90-летию
ФГБОУ ВО Даггосмедуниверситета, 22 ноября 2022 г.

*Под редакцией профессоров
В.Ю. Ханалиева, Э.Г. Абиевой*

Махачкала, 2022

УДК 614.2:159.9; 316.48

ББК 53:88.4

А-437

Редакционный совет:

В.Ю. Ханалиев, и.о. ректора ДГМУ;

Н.Р. Моллаева, и.о. проректора ДГМУ по научной работе;

Р.М. Рагимов, и.о. проректора ДГМУ по учебной работе,

Э.Г. Абиева, и.о. проректора ДГМУ по общественным связям и социально-воспитательной работе

Д.А. Омарова, и.о. проректора ДГМУ по стратегическому развитию;

М.А. Хамидов, и.о. проректора ДГМУ по лечебной работе;

Р.Т. Савзиханов, декан лечебного факультета;

А.А. Мухаджиев, декан педиатрического факультета;

Т.А. Абакаров, декан стоматологического факультета;

Г.М. Далгатов, декан медико-профилактического факультета;

М.М. Газимагомедова, декан фармацевтического факультета.

Медицинская этика и деонтология. Психология профессионального общения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 90-летию ФГБОУ ВО Даггосмедуниверситета. – Махачкала: Издательско-полиграфический центр ДГМУ, 2022. –378 с.

В сборнике представлены материалы, посвященные рассмотрению теоретических и прикладных аспектов современной медицинской этики и деонтологии.

Предназначен врачам и исследователям, преподавателям, аспирантам, клиническим ординаторам и студентам медицинских вузов.

1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ханалиев В.Ю., Абиева Э.Г.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра фтизиопульмонологии,
Кафедра педагогики и психологии г. Махачкала*

Профессиональное выгорание — это постоянное пребывание человека в состоянии стресса, который включает рост негативной оценки самого себя, вызывает отрицательные чувства к работе. Профессиональное выгорание — это состояние, при котором эмоции притупляются, а человек постоянно чувствует себя истощённым. Если говорить просто, то выгорание связано с рабочим стрессом, который по каким-то причинам не был эффективно преодолён. Профессиональное выгорание — это частный случай эмоционального выгорания.

Выгорание является глобальной проблемой здравоохранения, связанной с дистрессом, возникающим в процессе выполнения трудовой деятельности, имеющей отрицательное влияние как на психическое и физическое здоровье человека, так и на эффективность деятельности организации.

Термин «выгорание» впервые был предложен и введен в 1974 г. американским психологом Гербертом Фроуденбергером. Он определил выгорание как клинико-психологический синдром, возникающий под воздействием хронического стресса, связанного с выполняемой работой, и включающий прогрессирующее эмоциональное истощение, потерю мотивации или деморализацию, а также отсутствие профессиональных достижений.

Причины выгорания можно разделить на внутренние и внешние. Внутренние причины выгорания — это перфекционизм (желание сделать работу идеально и не ударить в грязь лицом, отказ са-

мому себе в праве на ошибку); неумение говорить «Нет» (готовность выполнить любую просьбу коллег или руководителей, даже в ущерб своему личному времени); неумение планировать (отсутствие навыков тайм-менеджмента, неумение разграничивать личное и рабочее время); трудоголизм, заикленность на работе (нарушение work life баланса, перекос в сторону работы и отказ от других аспектов жизни).

Внешние причины выгорания – это неудовлетворительные условия труда (постоянные переработки, неудобное рабочее место и другие факторы, которые ухудшают рабочий процесс); проблемы в коллективе (недопонимание и конфликты между коллегами, в отношениях с руководством); неинтересные задачи (обязанности, которые сотрудник уже перерос или которые ему просто неинтересны); низкий доход (несправедливая оплата труда или просто маленькая зарплата, необходимость искать подработки, стресс из-за нехватки денег); эмоциональное одиночество (невозможность обсудить с кем-то свою работу и поделиться проблемами); неприятности в семье или со здоровьем (то, что усиливает внутреннее напряжение и сказывается на работе).

Выделяют следующие симптомы профессионального выгорания: снижение умственных возможностей и психологической активности; холодность в общении с близкими и родными людьми; цинизм в общении со всеми участниками профессиональной деятельности; безразличие к профессии; снижение деловой активности и личных мотиваций; агрессия без явных на то причин; ухудшение состояния здоровья (головные боли, плохой сон, снижение качества жизни в целом).

Профессиональному выгоранию подвержены абсолютно любые специалисты. В зоне повышенного риска находятся медики, учителя, социальные работники — практически все, чья деятельность связана с регулярным общением с людьми. Впрочем, даже в этом списке медицинские сотрудники составляют особую группу риска по ряду причин: социальные контакты, в которые вовлечены медработники, предполагают высокий уровень эмоционального напряжения — медики сталкиваются с сильными переживаниями пациентов, так или иначе вынуждены реагировать на них, зачастую не имея возможности для собственной эмоциональной разрядки; высокие требования к медицинским работникам (личностные и профес-

сиональные качества, высокий уровень образования, его разносторонность, непрерывность и т.д.); отсутствие возможности отдохнуть в условиях интенсивной рабочей нагрузки; медицинской профессии сопутствует недостаточный уровень признания, особенно в отношении среднего и младшего медицинского персонала, выраженный как в материальном эквиваленте (оплате труда), так и в психологическом (признание со стороны пациентов и руководства, статус в обществе).

Выделяют несколько этапов развития профессионального выгорания у медицинского работника. Первый этап – это фаза напряжения (начальная стадия), для которой характерны следующие признаки: переживание психотравмирующей ситуации; попытка изменить существующие обстоятельства отнимают много сил, но, действуя на эмоциях, человек не достигает желаемого результата. В такой ситуации врач приходит к мысли, что устранить раздражающий фактор просто невозможно. У него возникает неудовлетворенность собой, нарастает возмущение, появляется гнев на самого себя и негатив к работе, «загнанность в клетку», неприятная ситуация кажется безвыходной, человек впадает в эмоциональный ступор. Боясь неудачи и не имея сил, он оказывается не способен быстро решать привычные рабочие задачи.

На этом этапе у врача наблюдается повышенная тревожность, депрессия. Чувство полной беспомощности приводит его к ощущению постоянной тревоги, разочарованию в профессии. В итоге развивается глубокая депрессия. Заметить ее со стороны порой довольно сложно: медики привыкли скрывать собственные эмоции и на стресс нередко реагируют повышенной улыбчивостью и юмором.

Попытки смягчить влияние и защититься от раздражающих факторов сигнализируют о втором этапе профессионального выгорания медицинского работника. Это фаза резистенции, основные симптомы которой: избирательная эмоциональная реакция, человек действует по настроению; эмоциональная дезориентация, медик делит окружающих, в том числе пациентов, на хороших и плохих, достойных его внимания и тех, кого «нельзя жалеть»; редукция рабочих обязанностей, нехватка эмоциональной энергии снижает заинтересованность в работе, медик по возможности избегает или максимально сокращает обязанности. «Выгоревший» человек отказывается от встреч с друзьями, которым раньше был рад.

Третий этап развития профессионального выгорания медицинского работника, когда оно достигает кульминации, это фаза истощения. Для нее характерны следующие признаки: дефицит эмоций, чувство собственной несостоятельности медик переключает на окружающих, общается с большим раздражением, часто цинично и грубо; эмоциональная отстраненность, холодность; расширение отстраненности, медик презирает всех вокруг, ненавидит свою работу и не видит смысла жизни, нередко невроз перерастает в психопатию.

Профессиональное выгорание объясняет кардинальные изменения в работе врача, если раньше его деятельность не вызывала нареканий, теперь же пациенты постоянно жалуются на него руководству. Специалисты частной практики быстро теряют клиентов, из-за них портится репутация клиники.

Профессиональное выгорание у медицинских работников наиболее ярко выразилось во время пандемии COVID-19. Ему были подвержены от 70 до 80% всех медицинских работников, поскольку у них закономерно увеличился объем работы, чрезмерно возросла рабочая нагрузка, появилась необходимость работать сверхурочно. Следствием этого стали стресс и выгорание. Системы общественного здравоохранения приложили максимум усилий, чтобы смягчить последствия распространения вируса и снизить смертность и заболеваемость, обусловленные COVID-19.

Выгорание можно определить как синдром, который характеризуется эмоциональным истощением, безразличием и снижением продуктивности. Высокий уровень распространенности выгорания медицинских работников во время пандемии, таким образом, был обусловлен следующими факторами: увеличением рабочей нагрузки, нехваткой ресурсов, несовершенством рекомендаций по лечению, высоким риском инфицирования среди медицинских работников, рисками, связанными с безопасностью. Это оказало существенное влияние на текучесть кадров среди врачей, качество обслуживания, безопасность и удовлетворенность пациентов.

Помимо последствий, проявляющихся в профессиональной сфере, выгорание также негативно влияет на психическое здоровье и коррелирует с различными физическими нарушениями. Чтобы облегчить и предотвратить негативные последствия выгорания медицинского работника, которые проявляются как в личной, так и в

профессиональной сфере, разработаны некоторые профилактические меры и стратегии смягчения последствий.

Проблема выгорания проявляется также у студентов медицинского вуза.

Первоначально считалось, что профессиональное выгорание возникает по мере увеличения стажа работы, студенты, работающие непосредственно с больными и участвующие в ночных дежурствах, склонны испытывать выгорание, возможно, из-за длительных часов, проведенных в больнице, и остроты переживаний практической работы.

Проблема выгорания среди студентов-медиков сегодня становится все более актуальной, поскольку по мере их перехода от обучения посредством лекций и семинаров к клинической работе с больными, ориентированной на помощь и уход за пациентами, происходит рост негативных переживаний студентов, вызванный нарастающими дистрессами. Это может привести к снижению качества оказываемой медицинской помощи и негативно влиять на здоровье и благополучие студентов-медиков. Дистресс во время обучения в медицинском вузе может привести к выгоранию, со значительными последствиями, особенно если выгорание продолжается в ординатуре и за ее пределами. Уменьшить выгорание среди студентов-медиков поможет внедрение программ наставничества, оказание поддержки студентами-сверстниками тем, кто оказался в сложных жизненных ситуациях.

Даже с тяжелыми проявлениями профессионального выгорания можно справиться и вернуться к нормальной жизни. Для его устранения необходимо учитывать личные качества человека и фазу нарушения. Нужно выявить и по возможности исправить проблемы во всех аспектах его жизни.

Существуют следующие меры профилактики профессионального выгорания: изменение образа жизни (соблюдение режима сна и отдыха, правильное питание); отдых (физические упражнения, прогулки, плавание, путешествия, культурно-развлекательные программы, чтение, хобби); релаксация и медитация; проговаривание темы (обсуждение того, что беспокоит, с коллегами, вызывающими доверие, близкими людьми, друзьями); умение говорить «нет», научиться отказывать, не идти на поводу у других людей; планирование времени; переоценка жизненных ценностей; определение краткосрочных и

долгосрочных целей; профессиональное развитие и самосовершенствование.

Лечение и профилактика профессионального выгорания будут эффективнее при соблюдении следующих рекомендаций: достижение эмоциональной стабильности – все профессиональные проблемы должны оставаться на работе, хобби может помочь снять напряжение; обустройство рабочего места (фото любимых на столе, расслабляющие пейзажи на десктопе компьютера, комнатные растения на подоконнике).

Для профилактики профессионального выгорания сотрудников в медицинских учреждениях необходимо предпринимать следующие меры: рациональное распределение обязанностей и изменение графика работы; внедрение системы 10-минутных «тайм-аутов»; четкое разделение краткосрочных задач и целей на перспективу; создание спокойной атмосферы в коллективе; мотивация денежными поощрениями; привлечение сотрудников для решения рабочих вопросов; проводить с сотрудниками профилактические программы и тренинги по антивыгоранию, показавшие свою эффективность.

Выгорание – болезнь современного мира. Медработники, в силу особенностей своей специальности, страдают от эмоционального истощения чаще других. Чтобы избежать профессионального выгорания, медику необходимо проявлять заботу не только о пациентах, но и о самом себе. А приобретение новых, узкоспециализированных навыков поможет повысить свою самооценку, удовлетворенность работой и, в конечном итоге, доход. Справиться с выгоранием ему помогут различные психологические приемы, дыхательные упражнения, лекарственная поддержка, альтернативные методики (медитации, йога, ароматерапия) и массаж.

В завершение хочется отметить, что выгорание дотла не следует считать чем-то неизбежным. Нужно предпринимать определенные шаги по профилактике, которые могут предотвратить, ослабить или исключить его возникновение. Если степень выгорания высока, наряду с приемами самопомощи целесообразно обратиться за помощью к специалистам-психологам. Те, кто не хочет страдать от выгорания, душевного бесчувствия и циничности по отношению к событиям своей жизни и окружающим людям, должны позаботиться о приумножении и активизации своих личностных ресурсов для преодоления жизненных и рабочих стрессов.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Шихнебиев Д.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

На третьем курсе медицинского университета осуществляется переход студентов от занятий в учебных классах и аудиториях к обучению в клинической больнице, к общению с реальными больными, ожидающими помощи врача.

Обучить основам науки общения с больным призвана кафедра пропедевтики внутренних болезней, являющаяся своего рода вступлением в любую клиническую дисциплину. На кафедре пропедевтики студенты делают первые шаги во врачебную деятельность. Здесь учат их правильно провести расспрос, осмотр, физикальное обследование больного (пальпация, перкуссия, аускультация), грамотно назначить и в дальнейшем интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, что в последующем поможет обосновать лечение пациенту.

Таким образом, учебный процесс на кафедре пропедевтики внутренних болезней проходит в условиях лечебно - профилактического учреждения, где в процесс общения преподавателя и студентов оказывается вовлечен также больной и персонал клинического отделения. Собственно, с этой кафедры – с кафедры пропедевтики внутренних болезней начинается процесс обучения студентами такой сложной и важной науки, как наука взаимоотношений с больными.

Наука о взаимоотношениях врача и больного, о долге и обязанностях врача носит название *врачебной деонтологии* (от греч. deon, deontos – должное, logos - учение). *Медицинскую деонтологию* можно также определить, как совокупность этических норм выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Особую актуальность вопросы взаимоотношения врача и больного приобретает в наше время, когда сложилась ситуация, при ко-

торой значительно возросла необходимость обращения к правовому регулированию отношений врача и пациента, медицинских моральных положений, ряда биологических и физиологических явлений. Проблема усугубляется тем, что обязательное соблюдение прав больного человека, являющегося неотъемлемым элементом правового государства, может значительно осложнить учебный процесс, сделав пациента недоступным для обучения врачебной профессии.

Врач XXI века должен быть не только высокообразованным клиницистом, имеющим обширные знания, способным правильно оценить общее состояние больного, грамотно сформулировать диагноз и назначить необходимое лечение, но должен обладать и высокими морально-нравственными качествами. Специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь другого человека.

Спектр основных моральных качеств, который должен быть сформирован и закреплен за студентом-медиком в процессе прохождения учебного процесса на кафедре пропедевтики и в целом в медицинском институте, включает в себя такие качества медицинского характера, как человеколюбие (гуманизм, человечность, отзывчивость, способность к состраданию), действенная и плодотворная любовь к больному и здоровому человеку.

В число важных задач кафедры пропедевтики входит воспитание у будущего врача и таких качеств, как готовность врача всегда прийти на помощь больному человеку. Каждый студент, с самого начала готовя себя к врачебной деятельности, должен усвоить, что, если в отделении есть тяжелобольной, настоящий врач остается с ним и после рабочего дня, приезжает в клинику в любое время суток (вечером, ночью, выходной день), чтобы помочь больному, если ему стало хуже, не перекладывая ответственность на дежурного врача.

Деонтологическое воспитание включает в себя развитие у студентов-медиков и таких специальных качеств, как решительность и самообладание, выдержка и терпение, аккуратность и точность во всех делах, обязательность в словах и обещаниях.

Врач с низким общекультурным уровнем не сможет стать высокопрофессиональным специалистом. Поэтому важное значение сотрудники кафедры, наряду с обучением профессии, придают повы-

шению культурного уровня будущих врачей. Студенту-медику нужно привить, что врач должен быть хорошо воспитанным человеком, обладающим должной культурой поведения, хорошими манерами. Его интересы должны быть многогранными, как свойственно любому культурному и интеллигентному человеку, и включать литературу, историю, искусство, современную политическую жизнь и т.д.

Начиная работу в клинике, студенты должны усвоить, что первое впечатление на больного производит внешний вид врача, в том числе и студента медицинского университета. Любая неопрятность в одежде, недостаточно чистый халат, неухоженные или плохо вымытые руки врача оставляют у больного неприятный осадок, что в известной степени снижает авторитет врача.

В лечебных учреждениях вся организация работы и обстановка должны обеспечивать больным хорошее настроение, покой и отдых (лечебно-охранительный режим), что укрепляет их нервную систему. Поэтому во время перерыва занятия студенты не должны забывать, что они уже в какой-то степени врачи, им нельзя заниматься в отделении посторонними делами и устраивать шумные обсуждения. К тому же шум, громкие разговоры в палатах и коридоре отделения беспокоят больных.

Следует также помнить, что больные обращают внимание на то, как сам врач относится к рекомендациям, которые он дает. Например, если врач советует больному прекратить курить, а сам в это время курит, то его совет не будет принят всерьез.

В целом, воспитательная работа на кафедре пропедевтики внутренних болезней проводится по трем основным направлениям:

- через предмет будущей профессии;
- через общеобразовательные ценности;
- через воспитание патриотизма, т.е. через формирование патриотического сознания, чувства интернационализма, понимания роли родного края в судьбе страны.

Тема патриотизма особа актуальна в настоящее время в связи с рядом кризисных явлений в обществе, касающихся наркомании, коррупционности сознания, международной напряженностью, нравственной бездуховностью и отсутствием ориентиров для молодежи. Все это неблагоприятно влияет на подрастающее поколение молодых людей, в том числе и на будущих врачей. Разумеется, сту-

дент-медик, как и студент любого другого российского вуза, должен быть идейно закаленным, убежденным и цельным человеком. Он должен быть патриотом, гражданином нашей страны, последовательным интернационалистом.

Важно отметить, что обучение взаимоотношений с больными – это не только наука, но и талант, врачебное чутье. Здесь нет общих, строгих правил, поскольку каждый больной из-за особенностей своего заболевания, образования, интеллекта, конкретных условий (неприятности, радость, усталость, раздражение) требует особого подхода и такта.

Успех лечения в значительной мере определяется авторитетом врача, который основывается на глубоких знаниях, на его отношении к больному. Если врач пользуется авторитетом, если больной видит с его стороны желание помочь ему, то нередко лечение оказывается более эффективным, чем при таких тех же назначениях у врача, которому больной не доверяет. Для любого больного факт проведения лечения на стационарной койке сама по себе означает стрессовую ситуацию: отрыв от привычных условий жизни и бытового окружения. Разумеется, равнодушие врача снижает доверие к нему больного и может резко сказаться в ходе заболевания.

Врачебная деонтология включает также необходимость сохранения **врачебной тайны**. Все сведения о больном, характере его заболевания и лечении студент-медик, как и врач, должен держать в тайне, иначе он может повредить больному, причинить ему моральный, а в некоторых случаях и материальный ущерб. Это требование не включает случаи, когда сохранение врачебной тайны может причинить вред окружающим. Например, если человек болен инфекционной болезнью, окружающих его лиц нужно поставить в известность о характере заболевания с целью более строгого соблюдения ими санитарно-гигиенических требований.

Вопросы врачебной деонтологии тесно соприкасаются с **профессиональной этикой**. Отношения между врачами должны быть товарищескими, основываться на взаимной поддержке и помощи для блага больного. Если врач обнаружил ошибку или неточность в назначениях своего коллеги, он должен их исправить, однако в такой форме, чтобы не подорвать у больного веру в медицину и успех лечения. Правила профессиональной врачебной этики с самого начала своей работы должны усвоить и студенты – будущие врачи.

Таким образом, с первого шага на врачебном поприще, для того чтобы после окончания медицинского университета стать хорошими врачами, студентам необходимо овладеть наукой взаимоотношений с больными, процесс этот начинается с кафедры пропедевтики внутренних болезней, причём в процессе изучения данной дисциплины при общении с больными уже сами студенты должны соблюдать многие принципы медицинской деонтологии (в частности, сохранение врачебной тайны и др.).

«ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА» ОДНА ИЗ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТОРОН МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Мусаева Ш.М., Гаджиев Г.Э., Ахмедова А.Р.,
Багомедова Н.В., Шамов З.М., Алискандиева М.А.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Врачебная тайна — это обязанность врача не оглашать сведения о больном без его согласия, кроме тех моментов, когда это противоречит интересам общества.

Врач должен сообщать о случаях инфекционных и паразитарных заболеваний, которые должны обязательно регистрироваться, а также давать сведения о больном по требованию органов суда и следствия.

Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим лицом. В процессе лечения, для лечебно-диагностического процесса пациентом передаются многие факты личной жизни.

Начало истории врачебной тайны относится к V-IV в.в. до н.э. когда появилась клятва Гиппократов. Основные положения клятвы: «Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной.» [2]

«Врачебная тайна – обязанность врача не оглашать сведения о больном без его согласия (женские болезни, психические нарушения, некоторые пороки развития) и т.д. [2]

«Врачебная тайна сведения о болезни, семейной стороне жизни больного, ставшие известными медицинскому персоналу вследствие исполнения им профессиональных обязанностей» [2]

Не подлежат разглашению в обществе сведения о больном, которые медработник не должен сообщать больному (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологический ущерб больному).

К врачебной тайне относятся сведения об искусственном оплодотворении и имплантации эмбриона, о личности донора [3], запрещается разглашать сведения о доноре и реципиенте. [4]

Врачебная тайна также одновременно относится и к правовым понятиям.

В Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 1 января 2012 года в статье 13 [5] определяет понятие «врачебной тайны».

В этом законе говорится, что к врачебной тайне относится факт обращения гражданина за медицинской помощью, состояние здоровья, диагноз заболевания при обследовании и лечении гражданина [6].

Врачебная тайна, являясь личной тайной, доверенной врачу, относится к профессиональным тайнам. Право на неразглашение врачебной тайны это одна из основных конституционных прав человека и гражданина.

Врачебная тайна является конфиденциальной информацией о частной жизни пациента, когда он сообщает врачу при условиях, что эти сведения не будут распространены.

В России уделяется большое внимание защите прав личности, а также права пациента на личную и семейную тайну. Юридические основы защиты врачебной тайны статьи 23 и 24 Конституции РФ, распространение информации о частной жизни без его согласия не допускается.

Гражданин имеет конституционное право на сохранение врачебной тайны.

В ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» сохранение врачебной тайны является правом пациента (ст. 19), основным принцип охраны здоровья (ст.4), обязанностью лечащего врача (ст. 71).

Закон запрещает распространение сведений лицами, которые стали известны при обучении, исполнении должностных обязанностей.

Ответственность за разглашение врачебной тайны несут: это врач, так как именно он «клянется хранить тайну», а также фармацевтические работники, они несут дисциплинарную, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

За разглашение врачебной тайны наступает гражданская ответственность. Статья 151 ГК РФ за причиненный моральный вред, суд возлагает на нарушителя обязанность возмещения данного вреда.

Самой суровой мерой наказания за нарушение сохранности врачебной тайны является уголовная ответственность (статья 137 Уголовного кодекса РФ).

Разглашение врачебной тайны наблюдается при опубликовании сведений в печати, трансляции по радио и телепрограммам.

Неразглашение данных о диагнозе как составляющая врачебной тайны это запрет на указание диагноза в листках временной нетрудоспособности, справках для предъявления третьим лицам.

С принятием «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» в 1993 г. врачи перестали вписывать диагноз в листок временной нетрудоспособности. «Окружи больного любовью и разумным утешением, но главное, оставь его в неведении того, что ему угрожает» Гиппократ [8].

Но если врач переусердствует и скроет настоящий диагноз и последствия, пациент может отказаться от лечения. Особенно если это связано с рискованным, серьезным хирургическим вмешательством, тяжелой терапией с последующей инвалидностью. В этом случае необходимо знать границу нормы. Задача врача – сделать так, чтобы больной не уклонялся от лечения.

Нарушение врачебной тайны может быть при угрозе распространения инфекционных заболеваний, запрос органов дознания, запрос органов следствия.

Образование и воспитание будущих медицинских работников должно быть направлено на то, чтобы уже со студенческой скамьи научить их хранить медицинскую тайну. Чтобы стать хорошим врачом важно соблюдать врачебные этические нормы.

Сохранение врачебной тайны является одним из важных условий сохранения доверия больного к врачу. Сохранение врачебной тайны является правовой обязанностью и моральным долгом каждого медицинского работника.

Список использованной литературы:

1. Большая советская энциклопедия: 30 т. – М.: Советская энциклопедия», 1969-1978, т.5, стр. 265;
2. Криминалистическая энциклопедия. – Белкин Р.С., М.: Мегатрон XXI. 2000, стр. 54
3. Конституция РФ, М.: Известия, 1995, стр.11
4. <http://docs.cntd.ru> > Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 55.
5. <http://Basc.garant.ru> > Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека», ст. 14.
6. <http://Basc.consultant.ru> > Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», ст. 9.
7. <http://docs.cntd.ru> > Закон РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ст. 13.
8. <http://desertusscorpion.narod.ru>.
9. Деонтология в медицине. Под ред. Акад. Б.В. Петровского. М., 1988.
10. Шамов И.А. Биомедицинская этика. Учебник для медицинских вузов, 2е издание. ИНФРА-М., 2019.-288с.
11. Шамов И.А. Биомедицинская этика. Учебник/ И.А. Шамов.- 2е изд.- М.:ИНФРА-М., 2018.-288с.
12. Махник О.П. «О комплексе мер по обеспечению врачебной тайны» /Медицинское право, №1, 2008, с.10

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

**Горелова В.Г., Ибрагимова Э.И.,
Далгатова А.А., Таибова П.А.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Махачкала*

Из самой природы медицинской профессии проистекает, что врачи и другие профессионалы в области здравоохранения в ходе оказания медицинской помощи должны выносить этические суждения. Несмотря на то, что сегодня пациенты всё больше и больше иг-

рают активную роль в принятии медицинского решения, традиционно во враче продолжают видеть менеджера болезни (то есть лицо, которое осуществляет эффективный контроль и компетентно управляет течением болезни) и ему доверяют решать как технические, так и этические вопросы. Особые этические обязательства врачей к пациентам и к обществу дают необходимый контекст для принятия медицинского этического решения. Заботы об этической стороне медицинской помощи стали неотъемлемой частью медицины с самого её зарождения, однако биомедицинская этика появилась в качестве самостоятельной области академического и профессионального интереса в конце 1960-х - начале 1970-х годов. Медицинская этика обладала необыкновенной степенью непрерывности и постоянства со времён Гиппократов до середины двадцатого столетия. Современное научное, технологическое и социальное развитие вызвало быстрые изменения в биологических науках и в здравоохранении, среди которых следует отметить бурный рост новых технологий и процедур (например, трансплантация органов, технология рекомбинации ДНК), беспокойство общественности по поводу жестокого обращения с людьми (например, зверства нацистской медицины). Эти изменения в биологических науках, здравоохранении и в обществе подвергли сомнению многие традиционные концепции моральных обязательств медиков и общества. В свете отмеченных обстоятельств перед нами встаёт неотложная задача очертить моральные рамки для определения наших обязательств по следам этих изменений. Учитывая историю моральных рефлексий в здравоохранении, мы будем придавать особое значение, тем не менее, развитию теории и ряда принципов для трактовки современных проблем, обсуждение которых едва ли обеспечивали даже наиболее величественные и древние виды медицинской этики.

Развитие медицины и общества за последние две тысячи лет привело к изменениям в сфере медицинской этики. Повышенный интерес к вопросам медицинской этики, деонтологии, биоэтики, медицинского права в настоящее время связан, по мнению специалистов, с одной стороны, с прогрессом биологии и медицины и, с другой — с расширением прав человека. Ученые выделяют в истории врачебного дела две модели медицинской этики: классическую, сложившуюся еще со времен Гиппократов, и современную. Классическая модель включает четыре основных объекта моральной регу-

ляции: врачебную тайну; прерывание беременности; эвтаназию; благо пациента. Современная модель складывается в условиях, когда неизмеримо вырос технический уровень решения проблем, связанных со здоровьем и жизнью человека, когда ситуации, с которыми сталкивается врач, заметно усложнились, стали неповторимыми, заметно возрос риск ошибочного решения. Кроме того, значительно изменилось отношение общества и государства к проблемам медицины: фактически сегодня медицина стала крупнейшей отраслью по воспроизводству рабочей силы. К новым проблемам, возникшим в наши дни, относятся: - трансплантация органов (с одной стороны, орган должен быть “живым”, если имеется в виду его приживление, а с другой — донор должен быть “мертвым”, прежде чем орган подвергнется удалению и встает, связанный с этим вопрос, о точном определении времени наступления смерти); - искусственные внутренние органы; - искусственное оплодотворение; - влияние на генофонд; - проблема справедливого распределения благ при реабилитации (“каждому по совести”, “каждому то же самое”, “каждому по заслугам”, “каждому либо минимум, либо ничего”, “каждому по потребностям”) и др. С другой стороны, по современным представлениям, медицинская этика включает в себя следующие аспекты:

- научный – раздел медицинской науки, изучающий этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников;
- практический – область медицинской практики, задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в профессиональной медицинской деятельности.

Этические медицинские принципы направлены на защиту прав и интересов пациента, и, казалось бы, они должны быть абсолютно гуманны. Однако в реальной жизни все обстоит не так просто. Медики часто бывают поставлены в такую ситуацию, когда им придется принимать решения, противоречащие правилам медицинской этики. В таком случае врач пытается принять решение, которое причинит меньше зла. Жизненных примеров очень много. Например, медицина в чрезвычайных ситуациях или военно-полевая медицинская помощь, когда осуществляется сортировка раненых. По правилам, все раненые делятся на три группы: легкие ранения, тяжелые ранения и безнадежные. Легкораненых перевязывают и отправляют в тыл. Тяжелораненым сначала оказывают максимально возможную помощь на месте, а затем отправляют также в тыл. «Безнадежным»

облегчают страдания, но не переводят в тыл. На самом же деле, некоторых раненых, попавших в категорию «безнадежных», еще можно спасти, если ими займутся высококвалифицированные врачи с специализированным медицинским оборудованием. Для этого их срочно надо будет эвакуировать в сопровождение медперсонала. В таком случае, без необходимой медицинской помощи могут остаться легкораненые и тяжелораненые, чье состояние будет ухудшаться. Здесь встает медицинская этическая проблема: с одной стороны, нельзя оставить человека без шансов на спасение, с другой стороны, спасти одного, забыв о десятках людей тоже нельзя. Этически идеального выхода из этой ситуации нет. Поэтому каждый врач берет ответственность на себя и решает сам как ему поступать в этой ситуации. Большинство врачей придерживается точки зрения, что необходимо спасти жизнь как можно большему числу людей. Также медицинской этической проблемой является обучение студента на живых людях. Студенты, по своему неумению, могут нечаянно причинить боль пациенту, что противоречит врачебной этике.

Однако, как можно подготовить высококвалифицированного специалиста без практики на живых людях?! Ни муляжи, ни практика на трупах не смогут подготовить специалиста так, как работа с человеком. Эта этическая проблема неразрешима. С одной стороны, вполне понятно, что молодому врачу надо практиковаться на людях, но мало кто согласится предоставить себя «для опытов». Двойственность этой ситуации подтверждают результаты опросов в США, согласно которым более 80% добровольцев, согласившихся предоставить свое тело для экспериментов, и около 70% доноров согласились на медицинские манипуляции, находясь в сложном материальном положении. Встает другой вопрос: этично ли воспользоваться материальными затруднениями людей? Неразрешимым остается вопрос о клинических экспериментах на животных. Сотни и тысячи животных погибают при экспериментах, чтобы впоследствии спасти жизнь человеку. Без таких экспериментов, которые влекут за собой огромные жертвы, нельзя опробовать новую методику или лекарство на людях. Это еще одна медицинская этическая проблема. Сегодня медицинскую деятельность регламентируют многие этические и юридические нормы. Права добровольцев защищают. Принудительное участие в клинических опытах признано противозаконным и неэтичным.

Однако общество к этому пришло относительно недавно. В древней Александрии было разрешено использовать для опытов осужденных преступников. В Германии были опубликованы исследования врачей-нацистов, которые проводили свои опыты на осужденных в концентрационных лагерях. Это примеры, когда врач отвергает принципы медицинской этики. Кроме того, в наши дни реализация этических начал в медицине включает: - информирование пациента о его правах; - информирование пациента о состоянии его здоровья; - гуманное отношение к пациенту; - уважение человеческого достоинства пациента; - недопущение морального и физического ущерба пациенту (не навреди); - уважение права пациента на проведение медицинского вмешательства или отказа от него; - уважение автономии пациента; - уважение права пациента на качественную и своевременную медицинскую помощь; - проявление бережного отношения к умирающему больному - дистрибутивная справедливость; - хранение профессиональной тайны; - поддержание на высоком уровне своей профессиональной компетентности; - защиту пациента от некомпетентного медицинского вмешательства; - поддержание уважения к своей профессии; - уважительное отношение к своим коллегам; - участие в медико-санитарном просвещении населения. Та часть этики, предметом которой является учение о долге человека перед другим человеком и обществом в целом, именуется деонтологией.

Таким образом, теоретической основой деонтологии является медицинская этика, а деонтология, проявляясь в поступках медицинского персонала, представляет собой практическое применение медико-этических принципов. За многовековую историю медицины многие этические нормы сформировались в правила поведения врача. Свод этих правил называется медицинской деонтологией. Деонтология происходит от греческого слова «деон» - должный. Впервые его употребил английский философ Бентам. Аспектами медицинской деонтологии являются: - взаимоотношения медицинских работников с больными; - взаимоотношения медицинских работников с родственниками больного; - взаимоотношения медицинских работников между собой. Для реализации указанных целей при выполнении своих функциональных обязанностей медицинский работник должна знать и соблюдать следующие основные такие этические принципы, как гуманность и милосердие. Медицинская деонтология включает в

себя учение о врачебной тайне, врачебном долге, врачебной этике и т.д. Она призвана устранить вредные последствия неполноценной медицинской помощи. Многие правила деонтологии стали чем-то наподобие правил хорошего тона, которые любой уважающий себя врач соблюдает не задумываясь. Эти правила сформировали медицинский этикет. Правила деонтологии не остаются неизменными. Они меняются под воздействием новых этических принципов. Например, деонтология советской эпохи призывала утаивать от неизлечимо больного диагноз. Согласно современным правилам, врач должен тактично объяснить пациенту истинное положение дел.

Главными принципами медицинской деонтологии являются: - действия врача должны направляться на благо пациента; - необходимо избегать действий, которые могут причинить страдания больному или его родственникам; - действия врача не должны наносить ущерб другим людям; - решения врача должны основываться на знаниях современной науки; - врач не должен смотреть на пациента как на источник обогащения; - врач должен хранить сведения о здоровье пациента в тайне. Гуманное отношение к пациенту, уважение его законных прав. Превыше всего медицинский работник должен ставить сострадание и уважение к жизни пациента. Он обязан уважать право пациента на облегчение страданий в той мере, в какой это позволяет существующий уровень медицинских знаний. Долг медицинского работника никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей, не ускорять наступление смерти и не способствовать самоубийству больного. Врач, равно как фельдшер и медицинская сестра, должен быть постоянно готов оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста или пола, характера заболевания, социального или материального положения и других различий.

В общении с больными никогда не следует забывать о следующих правилах: всегда внимательно выслушивать пациента, задавая вопрос, всегда обязательно дожидаться ответа, излагать свои мысли ясно, просто, доходчиво. Проявления высокомерия, пренебрежительного отношения или унижительного обращения с пациентом недопустимы. При установлении очередности оказания медицинской помощи нескольким пациентам руководствоваться только медицинскими критериями, исключая какую-либо дискриминацию. Главным этическим принципом в медицине является принцип – не навреди.

Непричинение вреда, ущерба здоровью пациента – есть первейшая обязанность каждого медицинского работника. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности. Недопустимо нанесение морального ущерба пациенту ни намеренно, ни по небрежности, ни по причине профессиональной некомпетентности. Медицинский работник не вправе безучастно относиться к действиям третьих лиц, стремящихся нанести пациенту такой вред. Риск, сопровождающий медицинское вмешательство, не может быть выше ожидаемой пользы. Производя медицинские вмешательства, чреватые риском, необходимо предусмотреть меры безопасности, купирования угрожающих жизни и здоровью пациента осложнений. В современных условиях особенно важен принцип обязательного предоставления и равнодоступности качественной и своевременной медицинской помощи людям, независимо от различных признаков – возраста, пола, социального положения, материального благополучия и т.д. Медицинские работники обязаны оказывать пациенту качественную медицинскую помощь, отвечающую принципам гуманности и профессиональным стандартам. Все они несут моральную ответственность за свою деятельность перед пациентом, коллегами и обществом. Профессиональная и этическая обязанность - оказывать, в меру своей компетенции, медицинскую помощь (в том числе неотложную) любому человеку, нуждающемуся в ней. Медицинский работник должен с уважением относиться к праву умирающего пациента на гуманное обращение и достойную смерть. Врач, фельдшер, медицинская сестра обязаны владеть необходимыми знаниями и умениями в области паллиативной медицинской помощи, дающей умирающему пациенту возможность окончить жизнь с максимально достижимым физическим, эмоциональным и духовным комфортом.

Первейшие моральные и профессиональные обязанности: предотвращение и облегчение страданий, как правило, связанных с процессом умирания; оказание умирающему пациенту и его семье психологической поддержки. Преднамеренные действия с целью прекращения жизни умирающего пациента, даже по его просьбе, неэтичны и недопустимы. Медицинский работник должен постоянно накапливать специальные знания и умения. Кроме того, он должен быть компетентным в отношении моральных и юридических прав

пациента. Профессиональная компетентность дает медицинскому работнику моральное право самостоятельно принимать соответствующие решения в неординарных ситуациях и осуществлять руководство подчиненными по иерархической лестнице. Защита пациента от некомпетентного медицинского вмешательства Медицинский работник, столкнувшись с нелегальной, неэтичной или некомпетентной медицинской практикой, должен становиться на защиту интересов пациента. Он обязан знать правовые нормы, систему здравоохранения в целом и применение методов традиционной медицины, в частности. Моральная обязанность медицинского работника - активно препятствовать практике бесчестных и некомпетентных коллег, других лиц, занимающихся сомнительной медицинской практикой. Уважение к профессии Медицинский работник должен поддерживать авторитет и репутацию профессии. Он несет личную моральную ответственность за поддержание на должном уровне и совершенствование стандартов профессиональной деятельности. Кроме того, он должен критически оценивать уровень своей профессиональной подготовки и практических навыков и не претендовать на ту степень компетентности, которой не обладает. Право и долг - отстаивать свою моральную, экономическую и профессиональную независимость. Медицинский работник не должен допускать злоупотребления своим профессиональным положением и своими знаниями. Интимные отношения с пациентом осуждаются медицинской этикой. Взаимоотношения с коллегами Во взаимоотношениях с коллегами должен соблюдаться принципы: - быть честным, справедливым и порядочным; - признавать и уважать знания и опыт других; 9 - в меру своих знаний и опыта помогать коллегам по профессии, рассчитывая на такую же помощь с их стороны; - оказывать содействие другим участникам лечебного процесса; - участвовать в разработке объективных критериев оценки профессиональной деятельности и стремиться к тому, чтобы его деятельность была беспристрастно рассмотрена и оценена коллегами; - избегать отрицательных высказываний о работе коллег в присутствии пациентов и их родственников, за исключением случаев обжалования действий медицинских работников - завоевание себе авторитета путем дискредитации коллег неэтично.

Моральный долг члена медицинского сообщества - заботиться об обеспечении доступной и качественной медицинской помощи

населению. Медицинский работник активно участвует в медико-санитарном просвещении населения, в меру своей компетенции принимает участие в разработке и осуществлении коллективных мер, направленных на совершенствование методов борьбы с болезнями, предупреждение пациентов, органы власти и общество в целом об экологической опасности, вносить свой вклад в дело организации спасательных служб.

БУДУЩИЙ ВРАЧ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИНЦИПАМИ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

**Мусаева Ш.М., Гаджиев Г.Э., Ахмедова А.Р.,
Багомедова Н.В., Шамов З.М., Алискандиева М.А.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

В настоящее время в медицине деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между врачами, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе.

Умение обеспечить эффективность этого общения в соответствии с принципами этики и деонтологии определяет профессионализм врача.

Обучение студентов навыкам профессионального общения является частью педагогического процесса на кафедре.

Коммуникативные навыки взаимоотношений между врачом и пациентом применяются при проведении практических занятий, на клинических разборах пациентов в отделениях.

Наиболее существенные следующие навыки:

Умение активно слушать пациента, это позволяет врачу показать заинтересованность в информации, полученной от больного. Это обеспечивает оптимальный сбор анамнеза.

Эмпатия, заинтересованность, теплота и поддержка в общении с больным настраивает на доверительные отношения, взаимное уважение, может повысить приверженность к лечению.

Навыки сбора информации, способность «извлечения» информации у пациента играют огромную роль.

Пациент не всегда способен оценивать взаимосвязь происходящих с ним изменений и их причиной.

Умение анализировать полученную информацию и делать правильные выводы – важная составляющая диагностического поиска.

Будущему врачу для практической деятельности необходимы не только глубокие теоретические знания, но и умение построить беседу с больным на этических и деонтологических принципах.

Применение на практике умения общения с пациентами и их родственниками облегчит профессиональную деятельность врача и приведет к высокой эффективности проводимой терапии.

Кодекс этики устанавливает правила, которые предусматривают этические ценности и правила служебного поведения медицинских работников.

Основные этические принципы:

1. Добросовестность (отсутствие злоупотребления своими должностными полномочиями);

2. Профессионализм (соблюдение принятых профессиональных стандартов);

3. Конфиденциальность (обеспечение сохранности информации);

4. Ответственность (осознание ответственности за принятые профессиональные решения);

Во многих регионах России действуют комитеты по этике. Они осуществляют проверку и контроль выполнения этических норм медицинскими работниками.

Взаимоотношения врача и пациента основная проблема медицинской этики. Врач обязан оказывать качественную и безопасную помощь.

Медицинская деонтология – это совокупность этических норм и выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей.

Деонтология — это учение о должном, а медицинская деонтология – это правила поведения врачей и медицинского персонала,

это долг медицинских работников перед больным, базируются на следующих принципах:

1. Им должны быть присущи такие качества, как доброта, сострадание, чуткость, отзывчивость и внимательное отношение к больному.

2. Медицинский работник должен быть специалистом высокой квалификации, всесторонне грамотным.

3. Если во время манипуляции медицинский работник сталкивается с техническими сложностями, то он должен вызвать старшего коллегу, попросить его участия в дальнейшем ходе действий.

Общий статус медицинского работника требует высокой культуры и интеллигентности, это связано с чистотой его нравственного облика.

Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.

Врач обязан всеми доступными средствами (газеты, журналы, телевидение, беседы) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.

За свою врачебную деятельность врач несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть.

Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).

Российская медицинская ассоциация и ее этический комитет (ЭК) отстаивают и защищают в СМИ, обществе (государстве) и в суде честь и достоинство врача, если коллегиально принято такое решение.

Список использованной литературы:

1. Биомедицинская этика. Учебник / И.А. Шамов. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2014.-286 с.:ил.

2. Биоэтика. Этические и юридические документы, нормативные акты: учеб. Пособие по этическим и юридическим документам и

нормативным актам / составители И.А. Шамо́в, С.А. Абу́суев. – М.: ГЭОТАР.–Медиа, 2014.–357 с.

3. Герасименко С.П. Коммуникативная культура врача: проблемы и опыт формирования в медицинском вузе/ С.Л. Герасименко // Вестник Мордовского университета. 2009. - №2. с. 206

4. Гоглова О.О., Ерофеев С.В., Гоглова Ю.О. Биомедицинская этика. – СПб.: Питер, 2013. – 272 с.

5. Кэмпбелл А., Джиллетт Г., Джонс Г. Медицинская этика. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 400 с.

6. Лопатин П.В. Биоэтика: учеб. / П.В. Лопатин, О.В. Карташова; под ред. П.В. Лопатина. – 4е изд. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 269 с.

ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН РЕШИТЬ ПРАКТИЧЕСКИЙ ВРАЧ (ПО ПРИНЦИПАМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ) ПРЕЖДЕ ЧЕМ НАЗНАЧИТЬ КОНКРЕТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО

**Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г.,
Джамалудинов Ю.А., Агаева Э.Н.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Махачкала*

После установления клинического диагноза (если этого невозможно – предварительного диагноза), врач обязан задать себе ряд вопросов, связанных с фармакотерапией пациента, следует ли вмешиваться в ход болезни назначением лекарственного препарата?

Известно, что множество заболеваний имеют стадии и синдромы, при которых используются немедикаментозные методы лечения: диета, умеренная физическая нагрузка, отказ от курения и употребления алкогольных напитков, применение физиотерапевтических методов терапии и т.д. Кроме того большинство патологических процессов имеют несколько патологических составляющих, особенно у пожилых пациентов (полиморбидные состояния). Однако цель для назначения лекарства (мишень) должна быть макси-

мально конкретизирована для уменьшения возможных неблагоприятных побочных эффектов.

Второй вопрос, который должен решить врач, если решил назначить лекарственное средство: каких изменений в организме пациента необходимо достичь и возможно ли добиться своих намерений избранным лекарственным средством?

Чтобы решить это врач должен знать все особенности состояния пациента (состояние печени, почек, кровообращения, дыхания), которые могут изменить эффективность и безопасность препарата, а также фармакокинетику и фармакодинамику этого препарата и возможные её побочные эффекты, и противопоказания. Кроме всего этого врач должен знать долгосрочную цель терапии. Например, при лечении гипертонической болезни пациента и его родителей интересует не просто снижение артериального давления и других симптомов, лабораторных и функциональных показателей, которые доказательная медицина считает суррогатными (косвенными) показателями, а снижение вероятности тяжелых осложнений и смертности пациента (это истинные критерии), которых сложно фальсифицировать [1].

Как известно все эти тонкие явления врач может не знать, поэтому он должен пользоваться современными (2020-2022 годов) клиническими рекомендациями (протоколами лечения), основанные на доказательной медицине наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии – лекарственные средства и медицинские изделия для внедрения в повседневную клиническую практику. Они могут помочь врачу и пациенту в принятии решений относительно врачебной тактики в определенной клинической ситуации (заболевания, синдромы, хирургические ситуации, проведении диагностических тестов и т.д.), а также длительности пребывания в стационаре и других аспектов клинической практики.

Клинические рекомендации создаются профессиональными врачебными ассоциациями или правительственными организациями, образующие экспертные группы из лучших специалистов страны. Использование клинических рекомендаций позволит оказать пациентам необходимый объем медицинской помощи вне зависимости от того, где (в Москве или отдаленном поселке) и кем они лечатся.

Из доказательной медицины известны случаи, когда врач, не пользуясь клиническими рекомендациями лечил больных по соб-

ственному усмотрению при сердечно-сосудистых заболеваниях, при тахикардиях (для профилактики аритмий). Используя противоаритмические средства устраняют аритмии, а больные умирают. Поэтому сейчас с целью профилактики использовать противоаритмики запрещено.

Следующим вопросом, который должен решить врач называется: Как определить, что намеренная им цель будет достигнута?

Здесь главное, что было описано выше: надо, чтобы лечение было завершено достижением не суррогатных (косвенных) целей (как сказано устранение аритмий), а предотвращение смерти пациента и тяжелых осложнений.

Очередной вопрос, который должен решить врач – когда прекратить лечение?

Долгое время (до появления доказательной медицины – до 90-х годов 20 века) неизменным правилом была активная терапия пациента с острым заболеванием до полного выздоровления, с хроническими – до достижения стойкой ремиссии. Сегодня часть патологических процессов (гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, изменения свертывающей системы, аритмии и т.д.) требуют неопределенно долгого, часто пожизненного медикаментозного лечения и медикаментозных изделий (кардиостимуляторов и т.д.)

Следующий важнейший вопрос, который ставит перед собой врач, будет ли терапия для пациента безопасной? Какие нежелательные лекарственные реакции (НЛР) могут возникнуть в ходе лечения избранным препаратом?

Как известно, из научных данных в развитых странах смертность от применения лекарственных препаратов составляет 4-5 место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм. увечий, сахарного диабета и хронической обструктивной болезни легких.

Вопрос о безопасности лекарственных препаратов особенно актуален. В наше время, когда осуществляется безудержная реклама лекарственных препаратов и биологически активных добавок, декларирующих не только их небывалую эффективность, но и практически абсолютную безопасность. К сожалению, этим грешат и некоторые научно-практические медицинские журналы нашей страны.

Об отсутствии лекарственного средства без побочных эффектов известно ещё с древних времен. Так, слово «фармакон», от которого

произошло название науки о лекарствах – фармакология, с греческого переводится как «лекарство, яд». Недаром существуют такие античные афоризмы: «Лекарства хуже болезней», «Не навреди, если не можешь помочь», а также выражение средневекового врача Парацельса (1491-1541), «всё есть яд и ничто не мешает ядовитости, одна только доза делает яд незаметным». Следует привести ряд высказываний выдающихся врачей о неизбежности неблагоприятных побочных эффектов лекарств. Так, академик-терапевт, первый клинический фармаколог России и Советского Союза, автор первого руководства «Очерки клинической фармакологии», изданного в 60-х годах 20 столетия, Борис Евгеньевич Вотчал сказал: «Если лекарственный препарат лишен побочных эффектов, есть ли у него какие-либо эффекты вообще» [6]. Или высказывания главного клинического фармаколога России, в прошлом ректора Волгоградского медицинского университета, академика РАН В.И. Петрова: «Абсолютно безопасным на сегодняшний день могут быть только абсолютно не эффективные лекарства» [2]. Не случайно первый представитель комитета по безопасности лекарственных средств Великобритании сэр Деррик Данлоп сравнил современные лекарства с атомной энергией, способной принести как огромную пользу, так и огромный вред.

Однако доказательная медицина и тысячелетняя медицинская практика показала, что не существует ни одно лекарственное средство на фармацевтическом уровне без побочных эффектов.

Остановимся вкратце на классификации нежелательных лекарственных реакций. По данным ВОЗ НЛР делятся на группы [8]:

Тип А – это фармакодинамические побочные эффекты, свойственные этому препарату, как и лечебные его свойства – они предсказуемы, их развитие связано с дозой, для них характерна невысокая летальность.

Например, падение артериального давления, ортостатические реакции при применении антигипертензивных препаратов, сухой кашель при назначении некоторых ингибиторов АПФ, снижение атрио-вентрикулярной проводимости и брадикардии, особенно неселективными бета-адреноблокаторами, проаритмическое действие некоторых антиаритмических средств, снотворное, местно анестезирующее и атропиноподобное действие димедрола и т.д. Реакции типа А встречаются в 75%-х случаев, их можно предвидеть и устрани-

нить; вторичные эффекты (развитие диареи при назначении антибиотиков за счет подавления кишечной микрофлоры, снижение иммунитета глюкокортикоидами).

Тип В – непрогнозируемые (непредсказуемые) побочные эффекты, не связанные с фармакологическим действием лекарственных средств. К ним относятся индивидуальная непереносимость лекарств, вызванных при применении лекарств в терапевтических и субтерапевтических дозах, т.е. они дозозависимые; идиосинкразии – генетически обусловленные фармакологически извращенные реакции на впервые примененные лекарства. Эти реакции иммунологической природы – аллергические реакции (анафилактический шок, синдром Лайелла, синдром Стивенсона-Джонсона, лекарственная крапивница и др.). реакции типа В непредсказуемы, они протекают тяжело и наблюдаются в 20% всех реакций.

Тип С - НЛР, возникающие при длительном применении лекарств – развитие толерантности, лекарственной зависимости (наркомании, токсикомании, синдром абстиненции и отмены). Эти реакции серьезные, часто носят необратимый характер и развиваются в нескольких процентах случаев.

Тип Д – отсроченные реакции, проявляются в виде тератогенности (развитие уродств у плода), канцерогенности, мутагенности и эмбриотоксичности. Диагностировать эти НЛР сложно вследствие длительного временного промежутка между началом лечения и развитием неблагоприятных побочных эффектов [8].

Для борьбы со смертностью и тяжелыми побочными эффектами, вызываемыми лекарствами в мире и в России создана служба Фармаконадзора – совокупность мероприятий, связанных с научными исследованиями и деятельностью, направленными на выяснение, оценку и понимание возможных негативных последствий медицинского применения лекарственных препаратов, БАДов, предупреждение их возникновения и защиту пациентов [7,8].

Такая служба была создана и в Дагестане в 2009 году приказом министра здравоохранения Дагестана Ильясом Ахмедовичем Мамаевым и почти ликвидирована в 2019 году другим министром здравоохранения республики Дагестан [7].

Этим сейчас занимается помощница бывшего руководителя фармаконадзора Дагестана, выпускница факультета высшего сестринского образования.

Список использованной литературы

1. Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г., Сулейманова С.В. Вопросы доказательной медицины в клинической фармакологии и фармакотерапии. Махачкала 2021.

2. Селезнев Е.Ф., Чайцев В.Г., цитировано Старченко А.А., Швецова Ю.Н. и соавт. «Управление лекарственным обеспечением в стационаре». Вестник Фармаконадзора № 6, 2008.

3. Петров В.И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс. – Москва. Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2011, с. 84.

4. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии. Издание второе, исправленное и дополненное. Издательство «Медицина». Москва, 1965.

5. Белоусов Ю.Б., Кукес В.Г., Лепяхин В.К., Петров В.И. Клиническая фармакология. Национальное руководство. – Москва. Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2009, с. 124-127.

ВСЕ ЛИ ПОНЯТНО ПАЦИЕНТАМ В ИНСТРУКЦИЯХ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ?

Симонова Ж.Г.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра философии, г. Курск*

Кто из нас, хотя бы раз в жизни, не занимался самолечением? Является ли такой способ борьбы с болезнями безопасным – вопрос первостепенной важности. Медики утверждают, что одной из причин безуспешного самолечения является неспособность пациентов понять содержание инструкций по применению медицинских препаратов. Данный факт объясняется тем, что аннотация характеризуется высоким уровнем терминологичности, поскольку она «предназначена одновременно и для врача (профессионала!), и для пациента» [1; 177].

Терминологическую лексику аннотаций к медикаментам можно разделить на два пласта: общая терминология и узкоспециальная.

Для общей терминологической лексики характерны слова, термины, которые употребляются в различных областях науки, например: *раствор, доза и пр.* Говоря об общих терминах, необходимо отметить, что их толкование не представляют особых трудностей для людей с любым культурно-образовательным уровнем.

Узкоспециальная терминология аннотаций к медикаментам – самый представительный слой специальных терминов, именующих специфические для каждой отрасли медицины реалии, понятия, категории.

Основу медицинской терминологии составляют заимствованные греко-латинские термины, именно поэтому, большинство медицинских терминов являются интернациональными. Изучая в аннотации к медикаментам пункт «Способы применения и дозы», любой пациент сталкивается с такими терминами как: *парентерально, сублингвально, интраназально и т.д.*

Можно предположить, что о значении указанных терминов, кроме медиков, может догадаться, пожалуй, только человек, владеющий иностранными языками. Однако данная гипотеза является ошибочной. Это подтверждают результаты исследований, проведенных учеными из Университета штата Луизианы (Новый Орлеан, США), которые показали, что даже англоговорящие пациенты не всегда способны понять содержание инструкций по применению медицинских препаратов [2]. Полученные данные натолкнули экспертов на мысль о необходимости разрабатывать инструкции и рекомендации таким образом, чтобы те содержали только ясную и понятную всем информацию.

Действительно, пациентам было бы гораздо проще, если бы узкоспециальные термины в инструкциях к медикаментам были заменены на синонимичные термины общеупотребительной лексики. Так, например,

- *парентерально* – в виде инъекции;
- *сублингвально* – под язык;
- *интраназально* – в нос.

С целью изучения четкости и точности понимания отечественными пациентами содержания аннотаций к лекарственным средствам было проведено исследование, в котором приняли участие 150 представителей различных профессий, имеющих разный уровень образования (от среднего специального до высшего), в воз-

расте от 18 до 55 лет. Информантам был предложен список из 15 терминов, встречающихся в аннотациях к медикаментам, которые они должны были истолковать, не прибегая к помощи толковых словарей и иных источников информации:

Абдоминальный

Антигистаминный

Антигельминтный

Гиперемия

Интоксикация

Инфильтрат

Инфузия

Кардиогенный

Лактация

Миопатия

Назальный

Парентерально

Ректальный

Тремор

Сублингвально

В результате эксперимента были получены данные, позволяющие говорить о том, что 38% опрошенных безупречно справились с заданием; 26% информантов верно истолковали 9 терминов из предложенных 15; 36% участников исследования поняли значение менее половины терминов.

38% опрошенных истолковывают термины, опираясь на имеющиеся знания иностранных языков; 24% респондентов используют ресурсы сети Интернет, если испытывают трудности в понимании медицинских терминов; 6% информантов не точно понимают узкоспециальную терминологию аннотаций, в случае возникновения вопросов обращаются за помощью к провизору, а вот 32% участников эксперимента нуждаются в подробном толковании указаний инструкции на «понятном» языке.

Проведенное исследование позволило убедиться в том, что медицинским работникам и провизорам крайне важно адаптировать речь в процессе общения с пациентами, заменяя термины медицинского фонда на единицы общеупотребительной лексики. Памятуя о главной задаче врача, заключающейся в оказании помощи пациенту и минимизации возможного вреда, становится очевидным факт, что

лишь стопроцентное понимание инструкций позволит гарантировать положительный результат лечения.

Список использованной литературы:

1. Алексеева И.С., Введение в переводоведение: учебное пособие для студ. фил. и лингв. факультетов высших учеб. заведений. – М., 2004.

2. Не все пациенты способны правильно понять инструкции по применению медицинских препаратов. [Электронный ресурс] URL: <https://berlin-chemie.ru/news/view/1666.html>

ГУМАНИЗМ КАК ОСНОВА ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

Алиева А.Р., Абиева Э.Г., Абиева А.Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей

Кафедра педагогики и психологии

*Кафедра нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии,
г. Махачкала*

Гуманизм (от лат. *humanitas* – человечность, *humanus* – человеческий, *homo* – человек) – это принцип мировоззрения, согласно которому человек есть высшая ценность. Гуманизм – это человечность, любовь к человеку, вера в его безграничные возможности и способности к самосовершенствованию. Хотя термин «гуманизм» появляется только в эпоху Возрождения, идея гуманности, человеколюбия была четко выражена уже в «золотом правиле нравственности» (известно с середины 1-го тысячелетия до н.э.): поступай по отношению к другим так, как ты хотел, чтобы они поступали по отношению к тебе.

Наиболее ярко высшие принципы гуманизма проявляются в медицине. Основы врачебной этики были заложены еще в медицине древнего мира, когда произошло разделение труда и врачевание стало профессией.

С развитием врачевания появляются правила и обязанности врача по отношению к больному. В знаменитом Кодексе законов Хаммурапи представлены статьи, касающиеся умышленных и неумышленных телесных повреждений больному, и ответственность врачей. В случае неблагоприятного исхода лечения врач подвергался суровому наказанию. В папирусах Древнего Египта, касающихся медицинских знаний, мы встречаем также предписания того времени по поведению врачей. Так, врачебная этика требовала, чтобы врачеватель, осмотрев больного, открыто сообщил ему о предполагаемом исходе лечения (сможет или не сможет он вылечить болезнь).

Гуманизм в медицине – это уважение к личности через милосердие и сострадание. Древнегреческие врачи активно развивали идеи гуманизма и морального врачевания. Впервые основной гуманистический принцип сформулировал Гиппократ в 5 веке до н.э.: «В какой бы дом я не вошел, я войду туда для пользы больного». В знаменитом памятнике «Гиппократов сборник», в разделе «Клятва» представлены основы врачебной этики и деонтологии и прописан главный принцип лечения больных – «не навреди». Афоризм Гиппократа «Врач-философ, ведь нет большей разницы между мудростью и медициной», подчеркивает неразрывную связь медицины и философии. В Древнем Риме были правила и законы, касающиеся врачевания и соблюдения санитарных норм того времени. «Законы XII таблиц» (451–450 гг. до н. э.) были записаны на медных досках и вывешены для всеобщего обозрения на центральной площади Рима.

Гуманность, милосердие есть высшая этическая ценность медицинских профессий. Дух гуманности воплощен в основных целях врачебной профессии, а совокупность этих целей и есть их предназначение в обществе. Миссия медицинской профессии - уважение к жизни человека, начиная с момента зачатия, сохранение, защита, восстановление здоровья пациента, облегчение его страданий.

Врачебная этика - это часть общей этики, которая изучает общественные обязанности врача, специфическую сущность, закономерности развития и формирования врачебной морали, отношение врача к общим принципам нравственности и общества. Она выполняет регулирующую роль в обществе, тесно взаимодействует с политическими и правовыми формами управления. Для врачебной этики характерны некоторые особенности. Она рассматривает от-

ношение врача к человеку с нарушенным состоянием здоровья или риском возникновения нарушений; изучает особенности развития, зависимость врачебной морали от условий практической деятельности врача; охватывает не только вопросы, касающиеся отношений врач-больной, но и определяет норму поведения врача в быту, его высокую культуру, физическую и моральную чистоплотность.

Врачебная этика предъявляет к медицинскому работнику большие требования. Врач должен иметь высокую нравственную культуру, эмпатию (умение сопереживать психологическому состоянию другого), интеллигентность, образованность, чувство врачебного такта. Ещё со времен Гиппократ считалось, что тот, кто не является хорошим человеком, не может быть хорошим врачом. Именно гуманистическая направленность личности врача помогает ему преодолевать усталость, постоянно совершенствовать свои профессиональные знания, оттачивать диагностические приемы, вырабатывать творческое клиническое мышление. Для врача-гуманиста его врачебная память, наблюдательность, логическое мышление приобретают особый личный смысл, становятся его неотъемлемыми качествами и средством самоутверждения. Человеколюбие помогает ему стать психологом и педагогом по отношению к больному, подсказывает правильный ход из сложной ситуации, выводит из состояния депрессии в случае постигших профессиональных неудач и ошибок.

Производными от идей гуманизма в практике врача являются принципы: не навреди, делай добро, справедливость, уважение прав и достоинств человека, правдивость, конфиденциальность, деонтологические принципы, уважение автономности пациента.

И в современной медицине сохраняется актуальность принципа согласно модели Гиппократ: «При лечении не нанеси вреда». Вред может быть нанесен бездействием, небрежностью, неквалифицированными действиями. Бездействие является морально неоправданным явлением, а на рабочем месте квалифицируется как правонарушение, и проблема с моральной превращается в юридическую.

«Делай добро» (модель Парацельса) – это модель врачебной этики, сложившейся в средние века. В отличие от модели Гиппократ, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм – эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. Патернализм – ранее

традиционный принцип медицинской практики, который можно охарактеризовать так: в каждом конкретном случае врач определяет, что является лучшим способом лечения для пациента.

Для современной медицины характерен массовый отход от принципов патернализма, что связано с увеличением грамотности пациентов, а также с тем, что в плюралистическом обществе, где признаются различные системы ценностей, ценности врача и пациента, понимание благ могут не совпадать. Поэтому в трактовке принципа гуманизма в современной медицине имеется новый акцент. Согласно биомедицинской этике, гуманизм отношения медика к пациенту предполагает уважение его человеческого достоинства, его моральной автономии (автономия - греч. autos - сам, nomos - закон) - самоуправление. В Древней Греции это слово означало право государства принимать свои собственные законы. В этике речь идет об автономии человека, что означает самоопределение личности, присущую ей нравственную свободу, ее право самостоятельно и ответственно решать различные вопросы своей жизни, например, касающиеся своего здоровья. Это отнюдь не означает, что до возникновения биоэтики понятие уважения личности пациента было совсем неведомо медикам. Это означает лишь то, что в современной медицине принцип автономии приобрел довлеющее значение, что категория прав пациента, которая есть конкретизация данного принципа, стала важнейшей категорией биоэтики и современного медицинского права.

В современных социальных условиях пересмотра базовых ценностей происходят существенные изменения в системе «человек – человек», затрагивает этот процесс и медицину. Новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы врачебной этики. Принцип «врач-больной» заменяется принципом «врач—прибор—больной», а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, не уменьшилась, а еще более увеличилась.

Современное введение принципа информированного согласия в сферу охраны здоровья вызвано необходимостью для врача совместно с пациентом решать возникающие моральные дилеммы в области медицины. В процессе дифференциации и специализации медицины, формирования ее новых областей, возникают и другие, не менее

сложные, деонтологические проблемы. В связи с появлением сложных медицинских систем требования к медицинскому персоналу существенно возросли. Каждый медработник должен в совершенстве владеть медицинскими навыками и уметь обращаться с современным медицинским оборудованием. В современных условиях глобализации культуры и распространения рыночных отношений на медицину и сферу науки, подвергаются трансформации и социальные ориентации, часто становится крайне трудным моральный выбор.

Врачебная этика охватывает не только вопросы, касающиеся отношений врач-больной, но и определяет норму поведения врача в быту, его высокую культуру, физическую и моральную чистоплотность.

Современная врачебная этика имеет ряд неразрешенных вопросов: коллегиальность в работе врача; безнадежно больные люди и эвтаназия; продление жизни больных новорожденных; проблемы аборта; успехи современной биомедицины (генная инженерия); проблема трансплантации человеческих органов.

Нравственное, гуманистическое сознание также немислимо без понятия «долг». Долг – это осознание своей ответственности, это превращение требований нравственности, в равной мере относящиеся ко всем людям, в личную задачу данного конкретного лица применительно к его положению, в которой он находится. Долг – это всегда осознанное действие, это высокая степень морального сознания. Врач в своей профессии взаимодействует с самими различными областями социальной жизни (врач-общество, врач-государство, врач-право, врач-закон, врач-больной, врач-врач, врач-микросоциальная среда больного, врач и его отношение к самому себе). Жизнь и здоровье больного зависит от врача, поэтому врач должен стремиться не делать ошибок (диагностических, прогностических, лечебных, деонтологических и т. д.). Все это, несомненно, накладывает определенный отпечаток на его профессию.

Однако сегодня гуманизм в медицине нельзя рассматривать лишь с позиции: врач должен. Прежде всего, врач обязан формироваться как культурный, высоко духовный человек. И здесь неопределимую роль играет гуманитарная составляющая образования, гуманизация образования в целом. Гуманизация образования – система мер, направленных на приоритетное развитие общекультурных компонентов в содержании образования и, таким образом, на фор-

мирование личностной зрелости обучаемых. Гуманизация в общекультурном плане есть процесс восхождения человека к самому себе, к человеческой сущности, устремление к наиндивидуальным целям. Гуманизация личности – это воспитание Человека в человеке. База гуманитаризации в вузе, особенно в медицинском, – это гуманитарные дисциплины: философия, психология, педагогика, биоэтика, история, культурология. Через эти предметы формируется личность во всей полноте, складывается ее мировоззренческая и этическая позиция.

Итак, определяющим принципом морали медиков является гуманизм - принцип этики, основой которого являются требования свободы и защиты человека, признание права человека на счастье, провозглашение блага человека основной ценностью и соблюдение его интересов конечной целью общества.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА

Ордашев Х.А., Тешабоев М.Г., Шахбанов А.К.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава РФ*

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии с усовершенствованием врачей, г. Махачкала*

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра хирургической стоматологии, Узбекистан, г. Андижан

Резюме. Люди, перенесшие ожоги лица, становятся непохожими друг на друга, теряют свою личность. Косметические дефекты оказывают отрицательное влияние на эмоциональную сферу, характер, социальную деятельность и нарушают развитие личности. Такие больные часто бывают угнетены, а иногда наоборот - возбуждены, страдают энцефалопатией. При обширных ожогах лица с поражениями носа и губ облик человека меняется до неузнаваемости. Это вызывает тяжелые душевные переживания и неизбежные в большей или меньшей степени психические расстройства, с чем связаны ча-

стичная или полная потеря трудоспособности и возможности жизни в обществе.

Целью исследование являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с последствиями ожогов в носогубной области путем совершенствования существующих и разработки новых способов.

Материалы и методы исследования Работа основана на результатах оперативного лечения 143 больных в возрасте от 1 до 55 года, из них 44 (30,8%) пациента мужского и 99 (69,2%) - женского пола. Дети до 14 лет составили 4,2%, больные трудоспособного возраста – 80,1%.

Устранение тотальной рубцовой деформации носа. Данный вид наиболее тяжелой формы деформации носа устранен нами у 11 больных. У большинства пациентов [7] имелись грубые гипертрофические и келоидные рубцы. Рубцы охватывали всю видимую часть носа и вызывали грубый косметический дефект. У всех 11 больных применена пластика свободным полнослойным аутоотрансплантатом.

Устранения частичных дефектов крыльев носа. Для устранения частичных дефектов крыльев носа нами разработан способ пластики «откидным» кожно-жировым лоскутом.

Способ устранения выворота губ. Для устранения вышеуказанных недостатков мы учитывали, что пересаженный свободный трансплантат претерпевает естественную ретракцию. Его площадь в отдаленные сроки уменьшается на 1/3. Исходя из данных обстоятельств, мы производили пластику губ с помощью полнослойной кожи с гиперкоррекцией, то есть с запасом трансплантата. Этим способом прооперирован 21 больной (22 губы).

Разработан способ хирургического лечения рубцовых микростомий. В отличие от известных методов, основанных на иссечении рубцов и вывороте слизистой или малоэффективной Z-пластики, предложенный нами метод основан на отделении рубцов от слизистой и рассечении рубцов до круговой мышцы рта с развилкой на конце в виде якоря и разведением их в стороны. При этом рана приобретает двугорбую форму, соответственно которой из слизистой угла рта выкраивали двугорбый лоскут и возмещали недостаток рубцовой поверхности. Во всех 19 случаях применения этого способа достигнуто адекватное расширение ротовой щели, создан резерв для

дополнительного ее расширения при сохранении правильной острой формы углов рта. Лоскут сохраняет жизнеспособность и в отдаленные сроки препятствует рецидиву микростомии.

Устранение рубцовой деформации лица интраоперационно растянутыми тканями. При устранении рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей носа и губ у 27 больных для получения прироста кожи нами использовано 30 экспандеров. Баллоны имплантировали в области носа – у 8 больных и в области губ – у 19.

Результаты и его обсуждение. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения изучены в сроки от 6 месяцев до 2-х лет у 139 (97,2%) из 143 больных. Дана оценка исходов лечения послеожоговых рубцовых деформаций и дефектов мягких тканей в основной группе у 85 (61,1%) и контрольной - у 54 (38,9%) из 139 больных. Отмечено, что процент неудовлетворительных исходов, полученных нами при хирургическом лечении рубцовых деформаций области носа и губ, заметно ниже при предлагаемых нами способах функциональных (12,9%), косметических (15,3%) по сравнению с результатами при традиционных способах функциональных (18,5%) и косметических (22,2%). Частота хороших и удовлетворительных функциональных результатов в основной группе больных составила 87,1%, а при традиционных способах – 81,5%. Хорошие и удовлетворительные косметические результаты в основной группе составили 84,7%, а в контрольной – 77,8%.

Вывод. Усовершенствованы методы аутопластики при рубцовых деформациях носа, выворотах губ, позволяющие восстановить их форму, предупреждать рецидивы, чем обеспечивается хороший функционально-косметический эффект, достигающий до 89,5%. Разработан новый способ пластики крыла носа с помощью «Откидного» лоскута из непораженных или рубцово-измененных тканей с последующей закрытием донорской зоны свободным аутоотрансплантатом, позволяющий восстановить дефект носа без пересадки ушных хрящей или имплантатов, что обеспечивает хороший результат в 92,3% случаев. Обоснованы и разработаны методы устранения рубцовых деформаций носа и средней трети лица с помощью интраоперационного острого баллонного растяжения, позволяющие восстановить естественный кожный покров носа и лица, наиболее близкие по окраске, толщине, текстуре и эластичности кожи, что обеспечивают высокий (92,5%) функциональный и эстетический результат.

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСТВЕ

Сулейманова Н.Д.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов, г. Махачкала

Акушерство принадлежит к древней области медицины. Отношения между врачом, с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей и их родственниками – с другой, устанавливались в течение многих веков. Нормы поведения их вырабатывались и закреплялись в письменных трактатах, а также передавались из уст в уста от поколения к поколению. Некоторые из них, многократно проверенные жизнью, приобрели форму ценностей, нарушение которых считается преступным.

Нарушение деонтологических норм нередко приводит к развитию ятрогении. Анализ жалоб, поступивших в разные инстанции органов здравоохранения, показывает, что большинство их вызвано нарушением этих норм медицинскими работниками. Это относится и области акушерства, где в формировании отношений между врачом, средним медицинским персоналом (медицинской сестрой, акушеркой) и больной, многое зависит от способности объективно реагировать на поведение беременной, роженицы и родильницы. Поэтому вопросы врачебной этики и медицинской деонтологии, особенно касающихся этических аспектов личности больной, должны быть постоянно в поле зрения медицинского персонала акушерских учреждений.

Прежде всего врач акушер-гинеколог должен строго соблюдать правила личной гигиены, следить за своим внешним видом и опрятностью одежды, чистотой помещений. При общении с женщиной врачу необходимо быть уважительным, спокойным и уверенным в себе. При собирании анамнеза, осмотре беременной или при проведении беседы о сущности заболевания и назначаемого лечения необходимо в доступной форме излагать эти вопросы, опираясь на достижения современной медицины.

Следует быть осторожным в высказывании предположительных диагнозов тяжелых заболеваний, для подтверждения которых потребуются радикальные операции, резко нарушающие функции женского организма. Иной раз врач не говорит больной о диагнозе, настаивая на срочную госпитализацию, что зачастую приводит к тому, что больная и/или ее семья впадают в панику, что может отразиться на её психике.

В деятельности врача акушера-гинеколога нельзя не учитывать особенностей анамнеза, касающихся интимных сторон личной жизни женщины, или специфики акушерского обследования, осуществляемого часто в присутствии нескольких медицинских работников. Следует помнить также о необходимости соблюдения деонтологических правил сообщения супругу о состоянии половой системы жены или высказывании прогноза в отношении менструальной или детородной функции при том или ином заболевании и его последствиях.

Беременность и роды являются одними из серьезных событий в жизни женщины. При зачатии возникают переживания за судьбу будущего ребенка, к концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.). Течение беременности зависит от многих факторов: от личности женщины, ее социального положения, отношений в семье, социально-бытовых условий и др., о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и учитывать в ходе общения с беременными.

Весьма серьезного отношения заслуживают роды, которые могут сопровождаться неожиданными вариантами течения и осложнениями, угрожающие жизни матери и ребенка. Приводимые в учебниках и руководствах рекомендации по ведению беременности и родового акта или о той или иной патологии родового акта представляют собой лишь примерные схемы, которые могут изменяться в условиях клиники применительно к конкретному случаю, с которым сталкивается акушер-гинеколог в том или ином случае. Все зависит от особенностей организма и текущего патологического процесса беременной или роженицы.

Врач акушер-гинеколог, обслуживающий роды, должен иметь необходимые знания и практические навыки по ведению родов, а

также обладать большой выдержкой, спокойствием, построить взаимоотношения с больными так, чтобы это приносило им максимальную пользу. После беседы с врачом роженица или больная должна чувствовать себя лучше, увереннее. Врач также должен уметь трезво оценивать акушерскую ситуацию и быстро осуществлять все мероприятия, направленные на сохранение жизни и здоровья матери и ребенка. Должное внимание, своевременное и правильное выполнение назначаемых лечебных процедур придают роженице уверенность в благополучном исходе родов и гарантируют нормальное течение послеоперационного периода.

Внимание и забота врача также должны быть направлены на максимальное устранение вредных последствий болезни как в соматическом, так и в психическом плане. Вместе с тем, слово врача оказывает огромное влияние не только на психику больного человека, но и на его физическое состояние. Эту особенность акушеру-гинекологу следует учитывать с первого момента общения с обратившейся к нему женщиной в любых условиях: в женской консультации, при осмотре, оказании помощи на дому, в стационаре.

Колебания, неуверенность в диагностике и целесообразности назначаемого лечения воспринимаются больными негативно. У женщины создается впечатление о недостаточной профессиональной подготовке врача, теряется вера в него, что естественно может отразиться на эффективности лечебных мероприятий. При аналогичных случаях врач должен сообщить больной предположительный диагноз и объяснить, что для окончательного решения о характере заболевания необходимы дополнительные исследования, консультации других специалистов.

Резюмируя изложенное выше, следует отметить, что врач акушер-гинеколог, помимо необходимых знаний и профессиональных навыков, должен обладать умением находить подход к каждой женщине, владеть способностью увидеть присущие именно этому человеку черты и особенности заболевания, обладать большой выдержкой, спокойствием, построить взаимоотношения с больными так, чтобы это приносило им максимальную пользу.

ИСТОРИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕДИЦИНЫ И ФИЛОСОФИИ

Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Багомедова Н.В., Атаев А.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала

Философия и медицина одинаково древние по своему происхождению феномены культуры. Их тесная связь проявляется в близости предметов исследования (изучение человека, его личности и влияния общества на личность), сходстве целей и задач, единстве методологии, ценностной ориентации. Несмотря на разные направления деятельности и разные пути поиска истины (медицина выбирает на заре своего существования путь практического действия, философия – путь теоретического обобщения и рефлексии), обе они решают одну и ту же проблему – проблему выживания человечества на Земле, проблему самоопределения человека как природного и культурного существа. В этом вопросе философия и медицина не могут не объединить свои усилия, поскольку порознь они лишены цельности – философия удаляется от эмпирии, «витаает в облаках», медицина же, погружаясь в исследование организма, забывает о личности, «утопает» в деталях и частностях.

На всем протяжении истории культуры идеи объединения философского и медицинского знания ради постижения тайны жизни и тайны человека претворялись в трудах самых известных философов, медиков, естествоиспытателей. В результате чего сложилась особая отрасль знания – философия медицины, которая призвана обобщить имеющиеся практические знания о человеке как биологическом и социальном, материальном и духовном существе и найти адекватные пути адаптации человека к окружающим условиям жизни.

Основной вопрос философии есть совокупность четырех главных философских проблем – психофизиологической, онтологической, гносеологической, аксеолого-праксеологической, и в этих четырех главных философских проблемах и охватываются основные аспекты природы человека. Все они в одинаковой степени значимы, но в зависимости от цели исследования и теоретического рассмотрения какой-то из них становится главным, подчиняя себе другие.

В медицинской сфере главной из вышеназванных философских проблем становится психофизиологическая, рассматривающая человека как индивида. В качестве философской основы теории медицины следует рассматривать концепцию природы человека, которая базируется на современном диалектико-материалистическом решении психофизиологической проблемы, и которая включает в качестве логического ядра положение о социально-биологическом единстве человека. В современной философии психофизиологическая проблема перерастает в теорию личности, точнее, в проблему соотношения личности и организма, охватывая, таким образом, всю наличную сумму знаний о человеке как биологическом, психологическом, социальном феномене, и представляет собой интеграцию различных подходов к пониманию человека. Интегративный характер теории личности делает ее не только одним из звеньев взаимодействия медицины и философии, но и одним из фокусов антропологического синтеза многообразных исследований.

Картина взаимодействия философии и медицины будет неполной, если мы не рассмотрим общие вопросы биоэтики. Медицина в системе наук представляет собой некое проблемное поле естествознания, обществоведения и гуманитарных наук, прежде всего философии. Последняя способствует совершенствованию понятийного аппарата всего практического здравоохранения. Более того, она развивает научно-мировоззренческие взгляды врача и эвристический (творческий) потенциал в целостной системе материальной и духовной культуры медиков. И вообще, как показывает практика, без философии имидж самой медицины как важнейшей сферы общечеловеческой культуры заметно тускнеет.

Медицина совместно с философией постигает сложный мир жизни человека, управляет его здоровьем. При этом она и сама становится объектом специального философского познания. Общие контуры медицины в критериях античной философии обозначил еще великий Гиппократ.

Оформление медицины в самостоятельную естественнонаучную и гуманитарную сферу воздействия на человека относится к Новому времени, когда она стала органично связываться с философскими концепциями жизни философии Ф.Бэкона, И.Канта и других мыслителей.

Медицина нуждается в укреплении связей с философией как живительной средой духовного обитания и дальнейшего развития предметно-понятийного мышления. Классик немецкой философии Л. Фейербах назвал медицину «колыбелью материалистической философии».

Нужно отметить, что взаимосвязь медицины и философии началась давно, с момента появления первых явных признаков абстрактного (отвлеченного) мышления в лечебном деле, и продолжается поныне. В практическом медицинском познании бытия жизни предметное мышление сформировалось спонтанно. Оно зародилось еще задолго до того, как сложился философско-научный (понятийный) стиль мышления первых врачей-лечителей. Эмпирическое медицинское познание длительное время существовало как явление, подчиненное религиозно-мифологическому мировоззрению, тесно переплетаясь с мистикой и суевериями. Поэтому приобретенные в древности научно-эмпирические сведения, изначально не связывались между собой в органическую целостность. Они не были философски осмысленными, теоретически обоснованными, то есть их нельзя было назвать теоретическими или общими медицинскими положениями.

В историческом плане научно-медицинское (теоретическое) познание зарождалось вместе с философскими учениями древних греков. Начиная с пробуждения интереса у мыслящих врачей к философскому постижению первопричин мира, места и роли человека в нем, медицина стала активно насыщаться философским смыслом. Немного позже у медиков появилась и устойчивая мыслительная потребность в целостном (объемном) взгляде на системную телесно-духовную сущность человека. В конце концов естественным образом сформировалась диалектическая взаимосвязь между философским осмыслением природы, роли и назначении человека и зарождающимся клиническим мышлением, стремящимся объяснить порой парадоксальные явления в человеческой жизнедеятельности.

Всё это не могло не сказаться на формировании нового специфического предметно-понятийного мышления медиков. Это явление вполне объяснимо, поскольку философские системы и научная медицина никак не смогли бы развиваться совместно и одновременно быть самостоятельными, если бы они сугубо по-своему не

отражали и не выражали бы всеобщий интерес, касающийся сохранения и укрепления здоровья людей.

Философия активно помогает медикам на многие известные им вещи смотреть иначе, видеть невидимое, то есть понимать внутренний смысл предметов и явлений. «Исследовать в медицине», – считал канадский патофизиолог и эндокринолог Ганс Селье, – это видеть то, что видят все, но думать так, как не думает никто».

Данной способностью медицина обязана философии, снабдившей ее специальным (предметно-понятийным) методом клинического мышления. Развиваться полноценно они могли лишь совместно. У них один объект познания (человек) и один и тот же практический интерес – состояние здорового образа жизни как результата действия многих субъективных и объективных факторов. Без медицинских и философских знаний сегодня в принципе не могут нормально функционировать и совершенствоваться такие общественные сферы жизни, как экономика и политика, система образования и спорт, культура и так далее. Медицинское знание есть связующее звено между культурой, человеком и его жизнедеятельностью.

Медицинские знания как многие другие точные сведения о бытии объективного мира, – это непреходящие общечеловеческие ценности. Учитывая, что только медицинские знания и опыт врачевания оказывают прямое воздействие на процессы, способствующие сохранению здоровья людей, развитию здорового образа жизни целых народов, а также каждой отдельной личности, специфический фактор медицины приобретает еще более ценностное специальное гуманитарное значение, так как мобилизует все потенциальные силы человека, направленные на саморазвитие и самосовершенствование.

Необходимо также отметить, что философия и медицина на протяжении многих веков своего развития взаимообогащают друг друга, взаимопересекаются; как самостоятельная отрасль знания философия медицины приобрела особую актуальность и развилась в XX веке, анализируя и перерабатывая лучшие идеи своих «прародителей» – великих философов и медиков древности.

Без постоянной опоры на философскую доктрину – общую методологию науки (исследования по философской антропологии, сознанию, проблемам познавательной деятельности и т.д.) практически невозможно из разрозненных фактов создать единую стройную теоретическую базу современной медицины. Врач-клиницист смо-

жет действовать наиболее целесообразно и эффективно в каждом конкретном случае только тогда, когда он будет опираться не только на частные знания, но и на знание общих закономерностей работы организма, когда будет рассматривать человека как сложную биосоциальную систему. Решение данной задачи видится только через синтез философского и медицинского знания, на основе интерпретации фактического материала медицинской науки с позиций и через призму философского знания, что является прерогативой и предназначением философии медицины.

В завершении следует отметить, что в наши дни одной из сфер наиболее активного сотрудничества медицины и философии является биоэтика, которая интенсивно развивается как наука. Одним из свидетельств того, что проблемы биоэтики приобретают все большую значимость, становится введение ее в качестве самостоятельной учебной дисциплины в высшее медицинское образование.

Таким образом, философия и медицина на протяжении многих веков своего развития взаимообогащают друг друга, пересекаются; как самостоятельная отрасль знания философия медицины особенно актуальной и разработанной стала в XX веке, анализируя и перерабатывая лучшие идеи своих «прародителей» – великих философов и медиков древности.

Список использованной литературы:

1. Гуссерль Э. Философия как строгая наука. Новочеркасск: Сагуна, 1994.
2. Демишев, В.К. Биоэнергетика востока. Медицина. Медитация. Философия / В.К. Демишев. - М.: Чорноморська комуна, 1998. - 666 с. Кугай, Александр Медицина в калейдоскопе философии / Александр Кугай. - М.: Алетейя, 2013. - 192 с.
3. Курашов, В. И. История и философия медицины в контексте проблем антропологии / В.И. Курашов. - М.: КДУ, 2012. - 368 с.
4. Козаченко В.И., Петленко В.П. История философии и медицина. СПб., 1994.
5. Лапина, Ольга Медицина как прикладная философия / Ольга Лапина, Сергей Лапин. - М.: Ганга, 2012. - 118 с.
6. Никифоров А.И. Философия науки: История и методология (учебное пособие). М.: Дом интеллектуальной книги, 1998. -280 с.

7. Саркисов Д.С. Философия в системе медицинского образования. //Клиническая медицина № 1, 1999, с. 17-21.

8. Фролов И.Т., Пастушный С.А., Жирнов В.Д. Философские вопросы медицины //ММЭ. -М., Медицина, 1996.-Т. 6.-С. 177-178.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ ВОПРОСОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пирова Р.Н., Раджабова З.К.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра философии и истории, г. Махачкала*

В европейской медицинской этике к настоящему времени сложились, сменяя друг друга, четыре этические модели, а именно: модель Гиппократ (460-377 гг. до н.э.), модель Парацельса (1493-1541 гг.), деонтологическая модель (XIX первая половина XX в.) и биоэтика (60-70 гг. XX в.). Трансформации традиционной медицинской этики, приход биоэтики и другие серьезные изменения были вызваны, прежде всего, развитием биомедицинских исследований. Вслед за созданием новых технологий, порождающих множество острых проблем нравственного характера, соблюдения прав и свобод пациента, требующих юридического и морального регулирования, меняется и кодекс профессиональной этики врачей. Во Франции, к примеру, новый кодекс врачей принимается через каждые два года. [1] В данном контексте нельзя оставить без внимания и Гиппократ. Именно его изречения «Врач-философ подобен Богу», «Не навреди» и «Где любовь к людям, так и любовь к своему искусству» стали базовыми принципами медицинской этики. Именно этот документ и остается основой этики врача уже более двух с половиной тысячелетий. Авторитет данного документа основывается на имени «отца» медицины и медицинской этики - Гиппократ, древнегреческого врача. Именно он и установил те вечные принципы и правила врачебного искусства. Гиппократ считал, что целью медицины всегда должно быть лечение больного. Что истинному врачебному ис-

кусству можно научиться только постоянно, находясь у постели больного. А истинным учителем врача является опыт. Именно Гиппократ трактовал принцип индивидуального подхода к каждому пациенту.

Гиппократ видел во врачевании искусство. А вот один из его учеников, последователей, древнегреческий врач Галей считал, что медицина является тяжелой работой и видел в ней целую науку. А вот именно уже характеристику личности врача дал Авиценна. Он считал, что врач должен словно богу иметь руки девушки, глаза сокола и сердце льва. Вплоть до 1967 года клятва Гиппократа просуществовало неизменно. Где на Международном деонтологическом конгрессе в Париже, клятва была дополнена фразой: «Клянусь обучаться всю жизнь». [2]

Еще в восемнадцатом веке поднимались вопросы, связанные с проблемами взаимодействия врача и пациента. Доктор Абу-аль-Фарадж рекомендовал целителю и пациенту сотрудничать для того, чтобы победить болезнь. Он писал, что если пациент будет «держаться» за свой недуг, то врач будет вынужден сопротивляться сразу двум противникам. Если же врач и пациент будут работать заодно, то болезнь обязательно проиграет. Таким образом, деонтология - это не просто свод правил, а один из залогов успешной терапии. В этом контексте представляют большой интерес этические представления тибетской медицины, которые в отличие от европейских моделей остаются неизменными вот уже на протяжении многих веков, и до сих пор практикуются современными тибетскими врачами. Так, основополагающие принципы поведения, правила и нормы взаимодействия врача с учителями, коллегами и пациентом всецело представлены в главе «В этом ряду необходимо отметить, что мировоззрение тибетской медицины полностью основано на буддизме. Потому концептуальной базой тибетской врачебной этики служит буддийская этическая дисциплина, которая в свою очередь все активнее привлекается в поле академических изысканий западных учёных. [3]

В XIX веке, английский юрист Иеремией Бентам впервые предложил термин «медицинская этика». Но, составляющие принципы данного раздела этики появились еще раньше, на заре появления медицинской науки. В древней Индии, например, врачи должны были заниматься исключительно лечением именно тех больных, которые могут быть исцелены. От безнадежных больных необходимо

было отказываться. Целитель, должен был прекращать оказывать помощь тем больным пациентам, которм не смог вернуть здоровье в течение года. Врачебная этика - это учение, которое, знакомит нас с тем высоким моральным обликом, которым должен обладать врач, в чьих руках находятся человеческие жизни. Этика в традиционном варианте, нужна для того, чтобы решать вопросы личных качеств пациента и врача. Время не стоит на месте. На современном уровне развитости общества, необходимо создать специальные формы профессиональной врачебной этики. Данное учение, должно устанавливать определенные границы манипулирования человеческой жизнью и смертью. Самое главное, чтобы все эти действия соблюдали нравственность и здоровье пациента. Именно в этой ситуации на защиту человеческой жизни и должна приходить биоэтика. В целом биоэтика призвано определять различие позиций в отношении сложнейших моральных проблем, которые возникают в связи с развитием прогресса биомедицинской практики и науки. [4]

И в первую очередь должна ответить на такие вопросы: Допустимо ли процесс клонирования человека и можно ли этим заниматься? Можно ли создавать человека особенной «породы», который бы обладал высокими интеллектуальными и физическими качествами благодаря определенным генетическим процессам? Требуется ли просить согласие у родственников умершего человека, для забора органов и пересадки тяжело больным людям? Целесообразно ли будет сообщать пациенту, что он безнадежно болен? И так далее. Для поиска ответов и морально обоснованных решений и нужна биоэтика. Пожалуй - это и есть основная задача данной науки. Несомненно, возникают правомерные вопросы, нужна ли медицинская биоэтика? Ведь уже много столетий существует клятва Гиппократова, преподносящая уроки нравственности врачам.

Все же если посмотреть внимательнее, то можно заметить определенные различия между Гиппократовской этикой и биоэтикой. Первое из двух учений уже несколько столетий рассматривает врача в роли морального субъекта, который должен выполнять свой долг перед больным пациентом. Ведь больной это страдающий индивид, который не может по состоянию своего здоровья принять важные для его жизни решения. Предметом же биоэтики является пациент. Он активный моральный субъект, способный вступать в диалогические или даже конкурентные отношения с учеными и

врачами. Нужно отметить, что биоэтика не отменяет такие традиционные ценности, как благотворительность, нравственная ответственность, милосердие, принцип не нанесения вреда больному. В нынешней социальной ситуации все эти моменты получили новое значение, следовательно, и трактовку. [3]

Уникальность личности каждого человека и его неповторимость являются предметом биоэтики. Сторонники данной дисциплины считают, что каждый человек вправе самостоятельно принимать решения, касающиеся его жизни. Нужно отметить, что на сегодняшний день врачи и биологи имеют все знания необходимые для клонирования человека, однако допустить этого они не могут. Данные действия находятся вне компетенции их профессиональной деятельности. Поэтому участие специалистов различных дисциплин является одним из особенностей биоэтики. Данный перечень состоит из юристов, политиков, биологов и психологов, и конечно же врачей и философов. Это и не удивительно. Порой проблемы, возникающие в связи с развитием биологии и медицины, настолько обширны и сложны, что их решение не возможны без совместных усилий людей, которые владеют определенными знаниями и опытом. [5]

Биоэтика имеет еще одну важную особенность: историей уже давно доказано, что навязывание обществу одной системы национальных, идеологических и иных ценностей - действие весьма опасное. Поэтому биоэтике очень сложно изучать те моральные проблемы, которые возникают при развитии общества. С ее участием создаются различные институты, характерные для плюралистических обществ. Например, существуют специальные этические комитеты, которые находятся и работают при больницах или научно - исследовательских центрах. Можно задаться вопросом, а чему уделяет внимание биоэтика? Очевидно лишь одно: нравственность и здоровье - вот та основа, благодаря которым и разрабатываются соответствующие рекомендации наукой о моральных отношениях. Основные принципы биоэтики: уважение человеческого достоинства; не причинение зла и сотворение добра; автономия личности; соблюдение справедливости. Основные четыре правила на которых держится наука это: правдивость, информированное добровольное согласие, конфиденциальность и неприкосновенность в отношении частной жизни. Принципы биоэтики в совокупности с правилами образуют своеобразные этические координаты, которые характеризуют отно-

шение к больному как к личности. Например, в Америке каждый штат решает данный вопрос по-своему так как на федеральном уровне нет никаких законов. [4]

Правовые основы защиты личной информации, в том числе и врачебная тайна в европейских странах содержатся в уголовных кодексах этих стран, а их история корнями уходит еще в семнадцатый век и раньше. На сегодняшний день во Франции и Германии регламентация обращения со сведениями, которые передаются от пациента врачу в достаточной степени детальна и конкретна. Таким образом, остаются не решенные вопросы, связанные с клонированием людей, забором органов, эвтаназии и т.д. Проблема клонирования состоит не столько в технических моментах, сколько в этических. Во-первых, в процессе клонирования может быть брак, которая допустима в случае животных и недопустимо в случае человека. Процесс клонирования не застрахован от неожиданных последствий. Ведь может получиться так, что вместо гения получится просто удачливый рецидивист, или вместо талантливого ученого получится неспособный коммерсант. Но несмотря на то, что очевидны все негативные последствия, взять и запретить клонирование человека просто невозможно. Сегодня, к сожалению, большие деньги решают все. Прежде всего, нужно проанализировать сложившуюся ситуацию и внести четкое правовое регулирование. Данный вопрос требует быстрого решения, пока ученые реально не добились успехов в этом направлении. Нужно разработать юридические документы, которые бы четко регламентировали подобную деятельность. [2]

Процесс по пересадке тканей, а затем и органов появился в 19 веке, но до сих пор остаются большие вопросы, которые необходимо решать. Во-первых, если говорить о пересадке органов от живого донора, то нужно понимать, что данная процедура сопряжена с причинением вреда здоровью донора. Отсюда вопрос, как хорошо соблюдается этический принцип «не навреди». Естественно все вопросы к врачу. Но однозначно говорить, что вся вина на докторе нельзя. Ведь врачу приходится сделать выбор в пользу одного из моральных принципов «не навреди» и «твори благо». С одной стороны, пересадка органа спасает жизнь человека или хотя бы может спасти, например, частым явлением стала пересадка почки. А с другой стороны при пересадке органа причиняется значительный вред здоровью донора. При этом нарушается один из принципов меди-

цинской этики «не навреди», т.е. причиняется зло. Поэтому, при живом донорстве речь всегда будет идти о степени получаемой пользы и вреда. Существует правило: получаемая польза должна превышать степени причиняемого вреда. В России на законодательном уровне установлено, что живым донором может быть лишь только родственник реципиента. Но при этом также существует определенное условие: должно быть добровольное информированное согласие на проведение трансплантации. Данное условие является обязательным как для донора, так и для реципиента. [5]

Все нормы профессиональной этики в целом и медицинской этики в частности, должны в конечном итоге найти закрепление в подзаконных правовых актах министерств и ведомств. Если исследование или лечение требуют знаний, превышающих способности врача, он должен пригласить других врачей, имеющих соответствующую квалификацию. Это положение также должно быть закреплено в законодательстве. Также нужно закрепить юридическую и морально-нравственную ответственность врача за действие или бездействие в острой ситуации, требующей вмешательства специалиста.

Список использованной литературы:

1. Бударин, Г.Ю. Принципы соотношения юридических, этических и профессиональных регуляторов медицинской деятельности // Медицинское право. - Москва: Юрист. - 2021. - №1 (59). - С. 52-56.
2. Димов, А.С. Философский дилетантизм и понимание причинности в медицине // Медицинская экспертиза и право. - Москва: ЮрИнфоЗдрав. - 2018. - №6. - С. 53-56.
3. Сорокин, Б.К. Эволюция правового регулирования труда работников в области медицины (историко-правовой аспект) // Научные новации трудового права и права социального обеспечения: сборник материалов участников секции трудового права и права социального обеспечения. - Москва: Изд-во Моск. гуманит. ун-та. - 2019. - С. 169-175.
4. Хасанов, Ф.З. Медицинское обслуживание мигрантов в Российской Федерации // Миграционное право. - Москва: Юрист. - 2020. - №2. - С. 33-35.
5. Шишов, М.А. О допуске к медицинской деятельности лиц, получивших медицинское образование в иностранных государствах // Медицинское право. - Москва: Юрист. - 2019. - №1 (59). - С. 42.

НЕКОТОРЫЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Шихнабиева Э.Д.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра стоматологии ФПК и ППС, г. Махачкала*

Врачебная деонтология – это учение о поведении, взаимоотношениях и действиях врача при ведении им лечебного процесса.

Вопросы медицинской деонтологии в стоматологической практике во все времена представляет собой большую актуальность. Особенно актуальными эти вопросы становятся в настоящее время, в связи с перестройкой не только здравоохранения, но высшего медицинского образования.

Познать индивидуальность стоматологического больного можно лишь при общении с ним, внимательном наблюдении за его поведением. Поэтому для врача-стоматолога очень важно и совершенно необходимо знание психологии пациента.

К стоматологу, как известно, обращаются люди любого пола, возраста и социального положения. Общение больного с врачом-стоматологом оказывает на него не только лечебный, но и психологический, культурный и социальный эффекты. Следовательно, во время осмотров (профилактический, лечение) большое количество пациентов испытывают психологическое и нравственное влияние врачей-стоматологов.

Большинство врачей-стоматологов в своей повседневной деятельности руководствуются гуманными целями:

- состояния здоровья населения;
- избавление больных от мучений;
- оказание лечебно-профилактической помощи людям, нуждающимся в ней, не преследуя корыстных целей. Однако среди врачей-стоматологов есть и такие, которые рассматривают больного как прямого или опосредованного источника своего существования. В этом случае в стоматологическом кабинете между врачом и пациентом могут возникать необычные моральные взаимоотношения, основу которых составляет так называемый человеческий фактор.

У врача-стоматолога, как у врача любой другой специальности, прямое отношение к исполнению профессионального долга (кроме профессиональной подготовки, владения современными методами профилактики, диагностики, лечения и реабилитации) имеет строгое соблюдение правил внутренней и внешней культуры поведения [3-7]. Врачу-стоматологу необходимо понимать, что он должен служить эталоном для пациента, так как при проведении беседы о гигиене ротовой полости, пациент внимательно смотрит на его зубы, т.е. на зубы врача. А если он сам пренебрегает состоянием гигиены полости рта, а также имеет неопрятный внешний вид, то его рекомендации звучат невразумительно. Вести беседу о плохой гигиене полости рта необходимо только подтверждая это фактами.

Важным критерием, определяющим разнообразие этических и деонтологических принципов в стоматологии, является общемедицинская подготовка врача. Врачу-стоматологу, как и врачам других специальностей, необходимо постоянное усовершенствование своих профессиональных навыков, применение которых должно быть во благо больного, а свои собственные интересы не должны превышать интересов пациента. Он, как и врачи других специальностей, должен обладать такими качествами, как сострадание, уважение, честность, соблюдать врачебную тайну. Ему не позволительно заниматься саморекламой, получать комиссионные денежные средства за направление к нему пациента, действовать в ущерб интересам психического здоровья пациентов, не должен склонить пациентов у своих коллег [1]. Для своей успешной работы, врач - стоматолог должен сам создавать комфортную обстановку для своего пациента, чего можно добиться простой доверительной беседой. Грамотно проведенные мероприятия по повышению психоэмоционального состояния больного повышают доверие больного, снижают психологическую и эмоциональную нагрузку во время лечения, что в конечном итоге повышает качество оказываемой стоматологической помощи [2].

Свой отпечаток на психику и характер пациента накладывает стоматологическое лечение. Отношение к лечению зубов зависит от индивидуальных особенностей врача – характера, индивидуального опыта. Не секрет, что само посещение стоматолога всегда ассоциируется с болью и стрессом, которые связаны с процессом ожидания посещения, некой напряженностью. Возникшие у больного мни-

тельность, боязливость, повышенная реактивность в большинстве случаев могут быть связаны с ранее перенесенными страданиями, со страхом ожидания лечебных процедур, операций и т.д. Большую роль при этом играют предшествовавшее воспитание, тяжесть переживаемого болезненного состояния, окружающая обстановка. Некоторые из них, особенно взрослые пациенты, во многих случаях, осознавая предстоящий «визит к стоматологу», представляющий им опасность и необходимость лечения, мобилизуют свои силы на активное подавление страха, связанное с предстоящим лечением.

Одной из основных функций стоматолога является обезболивание. Врач-стоматолог должен, по возможности, выполнить стоматологические процедуры совершенно безболезненно. В случаях, когда это предназначение не выполняется, возникают профессионально-этические проблемы. Врач доставляет боль пациенту, который и так страдает от неё, и естественно он высказывает свои вполне обоснованные претензии врачу. Поэтому проблему обезболивания принято считать профессионально-этической проблемой в стоматологии. Именно эти причины обуславливают наличие у современного врача-стоматолога таких незаменимых качеств, как ответственность, наблюдательность, решительность, самообладание, профессионализм и оптимизм. Этим не стоит пренебрегать, так как пациенты доверяют врачам свои жизни.

Важно также отметить, что ни один врач, в том числе и стоматолог, не застрахован от ошибок. Вероятность ошибок наиболее высока в тех случаях, когда не были установлены хорошие взаимоотношения между врачом и пациентом. Многочисленными исследованиями доказано, что в случаях, когда больные начинают критиковать своих лечащих врачей, они значительно реже касаются их профессиональной компетентности, а чаще жалуются на неадекватность общения с врачом.

В заключении следует отметить, что каждая врачебная специальность, наряду с общемедицинской этикой и деонтологией, имеет свои специфические морально-этические особенности. Это касается вопросов врачебной этики и деонтологии врача стоматологического профиля. В реализации своей профессиональной деятельности врачи-стоматологи различных специальностей должны руководствоваться принципами, направленными на укрепление здоровья полости рта населения не только с технической точки зрения, но и с уче-

том морально-этических и деонтологических основ. Стоматологу необходимо помнить, что он имеет дело ни сколько с зубами, а с людьми, которые заслуживают самого вежливого и заботливого внимания.

Список использованной литературы:

1. Алёшина Н.Ф. и др. Внедрение принципов деонтологии в обучение студентов медицинского вуза // *Colloquium-journal*. – Голопристанський міськрайонний центр зайнятості = Голопристанский районный центр занятости, 2018. – № 11-5. – С. 57-69.

2. Берлов А.В. Психологические и деонтологические проблемы в работе детского стоматолога // *Стоматология детского возраста и профилактика*. – 2005. – Т. 4. – № 3-4. – С. 76-77.

3. Гречко Н.Б., Кузина В.В. Деонтология и этика в стоматологии. Старые принципы в новых условиях // *Инновации в стоматологии*. – 2014. – № 4 (6).

4. Давтян Р.А., Яковенко Т.И., Великородная М.В. Биоэтика и деонтология в стоматологии // *Будущее науки-2018*. – 2018. – С. 97-100.

5. Дедова Л.Н., Городецкая О.С., Илык Р.Р. Медико - деонтологические принципы специалистов стоматологии // *Стоматолог*. Минск. – 2016. – Т. 3. – № 22. – С. 66-68.

6. Дмитриева Н.И., Руденкова Н.П. Деонтологические аспекты в работе стоматолога. – 2015.

7. Зорин К.В. Методы этико-деонтологического воспитания будущих стоматологов // *Cathedra-Кафедра*. Стоматологическое образование. – 2020. – № 74. – С. 48-50.

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

**Будайчиев Г.М-А., Будайчиева П.М.,
Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра терапевтической и кафедра хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии, г. Махачкала*

Введение. Уровень развития современного общества предъявляет высокие требования к образованию в высшей медицинской школе, опираясь, с одной стороны, на модернизацию профессионального образования, а с другой, – на его содержательное и структурное обновление.

Как известно, воспитательный аспект в деятельности врача восходит к «Афоризмам» великого Гиппократ. Заслуги Гиппократ в становлении деонтологических принципов зарождающейся научной медицины огромны. После смерти ученого прошло более 23 веков, и если о специальных работах великого грека, к сожалению, знают не многие врачи, то о принципах клятвы Гиппократ, например, знают почти все.

Цель работы: характеристика некоторых проблем воспитательного процесса в системе высшего медицинского образования.

Содержание работы. Эффективная медико- профессиональная подготовка будущего специалиста – врача XXI века требует детального анализа современной системы высшего медицинского образования, выявления и определения ее основных проблем.

Высшей медицинской школе, в рамках реализации национального проекта совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, предстоит решение важной задачи –повысить уровень образования при подготовке высококвалифицированных специалистов-медиков и прежде всего врачей общей практики, которые работают в непосредственном контакте с населением страны [1].

Специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, кото-

рые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь больного человека.

Профессионально-личностная культура врача должна пронизывать все аспекты его многообразной деятельности в целях формирования основ современного образования студентов медицинских вузов страны.

Продуктивное решение проблем формирования профессионализма и культуры будущего специалиста медицинского профиля, всестороннее развитие его социальных качеств возможно лишь на основе анализа учебно-воспитательной, организационной и других видов работ медицинских вузов.

Высшее медицинское образование рассматривается как многогранная деятельность, цель которой – развитие интеллектуально-нравственной личности с целью сохранения жизни человека и улучшения качества медицинской помощи пациентам.

Главной целью формирования профессионально-личностной культуры является развитие социально значимых качеств у студентов-медиков как высшей ценности образования в медицинских вузах.

Объектом творчества, милосердия, сочувствия и доверия могут выступать образы и цели, символы и понятия, поступки и отношения, ценности и убеждения специалиста-медика.

Системно-ценностный подход в процессе подготовки специалистов медицинского профиля – это высшее проявление человеческой образованности врача и его профессиональной компетентности. На каждом этапе формирования профессионально-личностной культуры студентов медицинских вузов необходимо не только бережное, но и уверенное создание врачом здоровьесберегающей атмосферы в медицинских учреждениях страны.

Процесс формирования профессионально-личностной культуры студентов-медиков можно создать с учетом оценки работы специалиста медицинского профиля и его медико-культурных способностей, в частности, грамотно вести диалог врача с пациентом, контролировать уровень профессиональных и интеллектуальных знаний, грамотно организовывать практическую работу, использовать различные медико-педагогические подходы в практической врачебной деятельности.

Становление профессионально-личностной культуры будущего врача в процессе его подготовки исходит из новых форм отношений

между преподавателями и студентами: совместная продуктивная деятельность, конструктивное общение в процессе профессионального образования и т.д. [4].

Рассматриваемая в профессиональном образовательном процессе высшей медицинской школы социокультурная толерантность – это важное моральное качество личности врача, характеризующееся терпимым отношением к пациентам, независимо от их социального статуса, этнической, национальной либо культурной принадлежности, терпимости к иному рода взглядам, нравам, привычкам.

Развитие у студентов медицинских вузов социокультурной толерантности является признаком уверенности в себе и сознания надежности своих собственных позиций, признаком эффективности образования специалистов медицинского профиля, характеризующегося комплексом профессиональных умений, способностей к милосердию, сочувствию, состраданию, доверию и т.д. [3].

Одной из важнейших составляющих профессионально-личностной культуры является медико-педагогический такт врача – это умение выбрать правильный подход и стиль общения с больным, определить для себя и реализовать на практике разумную степень сопереживания, а также предъявить комплекс медико - образовательных требований, способность предвидеть различные отрицательные ситуации и умение найти оптимальную меру ее решения.

Процесс подготовки студентов – медиков включает комплекс целенаправленных медико-педагогических компонентов и индивидуально-профессиональной заинтересованности студентов высшей медицинской школы, который, реализуясь в рамках учебно - воспитательного процесса, способствует формированию личности будущего врача путем развития культурно-нравственного, эстетического и этического потенциала студентов [5].

Для эффективного достижения конечной цели высшего медицинского образования – подготовки профессионально грамотных и гармонично развитых специалистов процессы образования и воспитания должны идти параллельно и взаимосвязано.

В последнее время в сфере высшего, в том числе медицинского образования в России, предприняты серьезные качественные изменения, одним из направлений которых является гуманизация и гуманитаризация.

Безусловно, главным направлением воспитательной работы в вузе является профессиональное воспитание через предмет. В случае медицинского образования огромная роль принадлежит как фундаментальным, так и специальным медицинским кафедрам, а также гуманитарным кафедрам вуза, которые непосредственно осуществляют профессиональную социализацию. Традиционно в нашем обществе в практике подготовки врача всегда сочетались образование и воспитание. Так, например, обучение и воспитание будущего врача у постели больного считалось великим благом еще и по причине нравственного звучания данной профессии. В этой связи трудно переоценить важность производственной практики для студента медицинского вуза.

Таким образом, современное общество предъявляет к врачу более широкие требования, чем в прежние десятилетия. Сегодня для любого профессионального, в том числе медицинского, образования недостаточно только прагматического подхода.

Врач сопровождает человека от момента рождения до смерти. У врача, как ни у какого другого специалиста, необыкновенно широкий спектр общения с людьми различных социальных групп, личностных установок и т.п. Врачу необходимо учитывать определенное изменение психологии больного человека, находить соответствующий подход не только к каждому пациенту, но и его родственникам. Кроме того, в нашей стране, где институт социальных работников только переживает фазу своего становления врачу приходится частично выполнять еще и эти функции.

Определенные требования к медицинскому образованию диктует возрождающаяся специальность семейного врача, а также профессиональная конкуренция, порожденная частной врачебной практикой.

Сегодняшний студент должен выполнять в обществе множество не только профессиональных, но и социальных ролей, интегрировать себя в различные сферы общественной жизни. Поэтому необходимо формирование мировоззренческих, гражданских основ личности, учитывая также традиционно активную роль медицинских работников в общественной жизни [4].

Все эти требования могут быть успешно реализованы не только через профессиональное обучение и внутривузовское воспитание, но и через широкий воспитательный процесс, проводимый во внеучебное время.

Определение воспитательного процесса как внеучебного, на наш взгляд, является условным. Практически каждая учебная тема несет информационно-значимую воспитательную нагрузку. Аналогичные примеры можно привести из области каждой учебной дисциплины медицинского вуза. Кроме того, аудиторная учебная и научная работа частично обеспечивается внеаудиторной работой, поскольку, например, для проведения как вузовских, так и межвузовских научных конференций или заседания кружков СНО кафедр нужна большая подготовительная работа.

Уже несколько лет воспитательная работа в медицинских вузах проводится согласно плану, основными направлениями которого являются: повышение квалификации профессорско-преподавательского состава по воспитательной работе; информационное обеспечение; формирование патриотического сознания студентов; развитие научно-профессиональных способностей студентов; духовно-нравственное воспитание студентов; формирование здорового образа жизни.

Огромная роль в этой связи принадлежит профессорско-преподавательскому составу. Преподаватель в вузе всегда являлся одним из основных звеньев воспитательного процесса, что предопределяет эффективное использование творческой деятельности каждого преподавателя.

Одним из приоритетных направлений воспитательного процесса является патриотическое воспитание. В этой связи особую актуальность приобретает формирование патриотического сознания, на что неоднократно обращал серьезное внимание Президент России В.В. Путин. Не лишним в данной связи будет напомнить о еще одной замечательной российской традиции, когда высшие учебные заведения не только обучали, но и воспитывали истинных интеллигентов – гордость России [2].

Недаром русские врачи считались лучшими в мире. Вспомним, например, профессора Н.И. Пирогова и святителя Луку (профессора Войно-Ясенецкого) и других русских врачей, навсегда оставивших свой позитивный след в российской и мировой медицине.

Стоит также вспомнить и великих русских ученых, открывших новые направления в науке, выдающихся людей своего времени, И.И. Мечникова, И.М. Сеченова, И.Н. Павлова, Н.П. Кравкова и еще десятков и сотен имен.

Общеизвестно, что в нашей стране была создана одна из лучших в мире систем здравоохранения. Отечественные врачи высоко ценились за профессиональные и морально-нравственные качества не только в России, но и за рубежом.

Список использованной литературы:

1. Психология и педагогика / под ред. А.А. Радугина. – М.: Центр, 2001.– 256 с.
2. Реан А.А. Психология и педагогика / А.А.Реан, С.И. Розум, Н.В. Бордовская.– СПб.: Питер, 2002.– 432 с.
3. Тарарышкина М.А. Вопросы формирования личности студентов-медиков в аспекте культуuroобразования / М. А. Тарарышкина // Актуальные проблемы фармации: межрегион. сб. науч. тр., посвящ. 40-летию основания фармац. фак. РязГМУ им. акад. И.П. Павлова. – Рязань, 2006.– С.335-337.
4. Тарарышкина М.А. К вопросу развития культуuroобразовательного аспекта при становлении личности студента-медика / М.А. Тарарышкина // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2006.– № 2. – С.92-96.
5. Тарарышкина М.А. Формирование толерантности студентов-медиков в рамках культуuroобразовательного аспекта / М.А. Тарарышкина // Российский медико- биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2006.– № 3.– С.96-98.

НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Гусейнов Г.О.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра общей и биологической химии, г. Махачкала*

В медицинском вузе помимо специальных предметов на первых курсах также изучаются основные гуманитарные дисциплины для расширения кругозора будущих врачей. Это такие предметы, как философия, социология, культуuroлогия, биоэтика, отечественная

история. Некоторые студенты считают, что изучение этих предметов не является обязательным и они не нужны в медицинском вузе. Надо выяснить, так ли это на самом деле?

Надо подчеркнуть, что медицина, как наука является не только искусством врачевания, но и интеграционной и теоретической. Она представляет из себя уникальное единство познавательных и ценностных форм умственного отражения и практического преобразования человеческой жизни. В этом прослеживается сближение медицины с философией [3]. Следует отметить, что взаимосвязь медицины и философии началась довольно давно, с момента появления первых признаков абстрактного мышления в лечебном деле. Медицинская наука стремится теоретически обобщить и философски интегрировать эмпирические знания, т.е. провести практическое осмысление богатейшего арсенала опытных данных. Медицине необходимо укреплять связи с философией и использовать ее в качестве жизненной среды духовного обитания и дальнейшего развития предметно-понятийного мышления. Классик немецкой философии Л.Фейербах назвал медицину «колыбелью материалистической философии». Во все времена медицина была богата творческими людьми, думающими над целями и задачами своего труда. Такие врачи не согласны с консервативной системой норм и правил, они пытаются представить несколько иной образ медицины. Другими словами, так как медицинское знание – это только часть целого, то мыслящий врач пытается проникнуть в глубины, расширить горизонты уже познанного, выйти за границы достигнутого, обобщить, выяснить причины, докопаться до сути. Так врач становится философом... О таком Гиппократ говорил «Врач-философ подобен богам» [2].

Философские категории в медицине отражают действительность, в том числе и медицинскую. Они отражают сущностные, закономерные взаимосвязи, законы действительности и познания. В научном познании широко используются такие философские категории, как чувственное и рациональное, абстрактное и конкретное, логическое и историческое, абсолютное и относительное, достоверное и вероятное и т. д.

Отражая всеобщее и закономерное в медицинском познании, философские категории выступают в качестве мировоззрения и методологии. Они не отвечают на конкретные вопросы, например, что такое здоровье, болезнь и т.п., но способствуют выработке всеобщих

познавательных принципов, подходов и ориентиров в их осмыслении [5].

Философская методология предполагает определенную систему требований к субъекту познания. Поскольку она зависит от уровня развития научного познания, от опыта познающего человека, индивидуального или коллективного субъекта, то для её понимания необходимо соотнести ее с исторической эпохой и проанализировать научное и житейское знание субъекта.

Философская методология медицины выполняет несколько функций:

1. Эвристическая

Сущность эвристической функции состоит в содействии приросту научных знаний, в т. ч. в создании предпосылок для научных открытий. Что же касается частных наук, то философский метод, будучи примененным в комплексе с другими методами, способен помогать им в решении сложных теоретических и фундаментальных проблем. Важное значение имеет участие философии в создании гипотез и теорий. Как считает ЭМ. Чудинов, гносеологические принципы играют важную роль не только в становлении физических теорий, но также и сохраняют значение регулятивов, определяющих характер ее функционирования.

2. Координирующая

Сущность этой функции состоит в координации методов в процессе научного исследования. Потребность в координации частных методов возникает на фоне значительно усложнившихся соотношений предмета и метода в силу того, что необходимо иметь противовес негативным факторам, связанным с углубляющейся специализацией ученых. Философский метод не может привести к успеху в науке, если при решении частных задач применяется в отрыве от общенаучных и специальных методов.

3. Интегрирующая.

Термин «интеграция» (от латин. *integratio* – восстановление, восполнение) означает объединение в целое каких-либо частей. Применительно к функциям философии термин «интегрирующий» связан с представлением об объединяющей роли философского знания по отношению к какому-либо множеству элементов, составляющих систему или способных образовать целостность. На уровне науки в целом философия выступает в качестве одного из необхо-

димых факторов интеграции научного знания. Научная философия выполняет свою функцию, с одной стороны, непосредственно (путем диалектизации частнонаучного мышления, введения философских категорий во все науки, выработки у ученых наиболее общего представления о единстве природы и т.п.), с другой — опосредованно, через серию интеграторов разной степени общности (благодаря участию в создании связующих, синтетических, проблемных наук, частнонаучных картин мира и т.п.).

4. Логико-гносеологическая функция.

Эта функция заключается в разработке самого философского метода, его нормативных принципов, а также в логико - гносеологическом обосновании тех или иных понятийных и теоретических структур научного знания. Выработка информации, необходимой для совершенствования элементов всеобщего метода, сочетается с применением ее для развития общенаучных методов познания, например, системного подхода, метода моделирования. Диалектика задает общие ориентиры познавательной деятельности в различных областях теоретического естествознания, а разработка диалектико-логических принципов познания, проводимая в тесном единстве с обобщением новейших достижений методологии естественных наук, придает практическую значимость общеметодологической функции философии [1].

Она стимулирует процесс медицинских знаний, применяя в качестве основы любого исследования диалектический метод познания. Философски-диалектический метод, применяемый в единстве с формально-логическим, обеспечивает прирост новых знаний в собственно медицинской сфере познания. Этот прирост происходит в особой систематизированной форме. Идея системности знаний является исходным философским элементом научности во всем естествознании и медицине, в частности [4].

При опросе врачей-стоматологов выяснилось, что они не задумываются о том, какие методы используют в своей практике. В ежедневной работе врачи используют методы познания для получения данных, необходимых им, чтобы представить развитие данного заболевания. Затем, с помощью тех же методов, производят дифференциальный диагноз и получают конечный итог, из которого следует, как лечить пациента, какую назначить профилактику и прочее. Т.е, врач-стоматолог не использует в своей практике философские

методы познания. Но есть врачи, которые одновременно являются учеными.

Мы живём в то время, когда всё новые методики заменяют друг друга молниеносно. Разрабатывается все лучшее и удобное, экономичное и практичное. Вот для этих целей ординаторы, аспиранты, профессора и доктора наук используют методы философии.

Креативное мышление этих людей развито на высшем уровне. Благодаря учёным в практику внедряются новые, более удобные, безопасные и эффективные методы лечения. Они апробируют новые методы лечения, пропустив их через себя, неоднократно закрепляя свои теоретические знания на практике.

По нашему мнению, и, думаю, по мнению большинства, было бы идеально, если бы каждый врач, не только стоматолог, а терапевт, педиатр, окулист и др., диагностировали и лечили не болезнь, не патологию, а человека. Каждый человек является личностью, индивидом. И каждому хочется, чтобы лечили именно его самого и его особенности. Такое лечение получит более успешный исход.

Хотя в настоящее время жалобы на качество лечения уступили проблемам деонтологии, они вовсе не исчезли. Несмотря на новые методы лечения, качество снижается. Это происходит всё по той же причине - низкий уровень знания и неумение принимать верное решение, в основе которых лежит философская методология и методы познания.

Таким образом, научно-медицинское познание, как уникальный способ получения целостного знания о человеке, его организме и духовности объединяет и интегрирует различные формы исследования: теоретические и экспериментальные. Гуманный характер медицинских задач выходит далеко за пределы просто научной дисциплины, которая в значительной степени становится философской сферой научного исследования и решения человеческих проблем.

Несомненно, критическое мышление формируется у высококвалифицированного, образованного и начитанного человека. Таких врачей очень мало. Но именно такие специалисты нужны для решения серьёзных и запутанных проблем. Обычный, малообразованный врач вряд ли сможет правильно про дифференцировать сложный диагноз. Возможно, ему повезет. Но более опасен другой исход.

Многие будущие врачи — студенты пренебрегают знаниями, которые им дают или пытаются дать во время учёбы. А понимают они

это уже позже, когда становятся ординаторами или практическими врачами. По этой причине, в наше время, и конкретно в нашей стране, очень низкий уровень оказания должной медицинской помощи.

Современная медицина, представляя сложную систему дисциплин, развивается во взаимодействии с естественными, техническими, гуманитарными и философскими науками. Ее объектом остается человек: в норме и патологии, здоровый и больной. Это значит, что исходным объектом медицины являются социально-биологическая, философско-нравственная, морально-этическая сферы человеческой жизни.

Социально-культурные составляющие здоровья человека получают сегодня отражение, прежде всего, в выработанной медиками философско-социологической категории «общественное здоровье». Среди философско-методологических проблем ученых-медиков важное место занимает вопрос о соотношении исследования общественного здоровья и здоровья личности в медицинской отрасли познания [4].

Таким образом, можно сделать вывод о том, что если врач хочет стать настоящим, квалифицированным и высокообразованным специалистом, он должен применять в своей практике философскую методологию и принципы. И только в этом случае, мы на выходе будем иметь настоящего специалиста-врача, способного оказать реальную высококвалифицированную медицинскую помощь пациенту, а не навредить ему.

Список использованной литературы

1. Алексеев П.В., Панин А.В. Философия: учебник. 3-е изд.. перераб. и доп. М.: Проспект и др., 2003.
2. «Зачем медику философия?»: презентация научных работ В.А. Карпина / Научная библиотека СурГУ. URL: <http://www.lib.surgu.ru/index.php?view=article&aid=221>
3. Совещание по философским проблемам современной медицины: диалектика материального и идеального в познании сущности здоровья и болезни, 25 февраля 1998 года. М.: ООО ИД «Русский врач», 2008.

4. Философия и медицина / В.Ф. Сержантов, АА. Корольков, МА. Едимская; под ред. В.Ф. Сержантова, АА. Королькова. Л.: Изд-во ЛГУ, 1986.

5. Хрусталева Ю.М. Философия науки и медицины: учебник. М.: ГЭОТАРМедиа, 2009.

ПРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ

Гусейнов Г.О.

ФГБОУ ВО « Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кафедра общей и биологической биохимии, г. Махачкала

В современном мире бурное развитие культурного и научно-технического прогресса, а также медицинской науки и практики, революция в биотехнологии и мировом здравоохранении поставили перед философской мыслью принципиально новые нравственно-этические вопросы. Мы имеем ввиду поиск способов повышения общественной и профессиональной ответственности врачей за распределение ограниченных ресурсов здравоохранения, за все более широкое применение на практике трансплантации человеческих органов, искусственного оплодотворения и абортов.

Следует также помнить о праве врачей в исключительных случаях облегчить участь безнадежно больных пациентов, т.е. ускорить смерть (эвтаназию). В этой связи, чрезвычайно важным является философское осмысление моральных оснований вхождения ученых и врачей в нетрадиционные области медицинской науки и практики.

Современные философы, ученые и медики рассматривают нравственность и разум человека как целостный социально-культурный феномен. Поэтому все естественные науки в настоящее время представляют собой область изучения и проведения испытаний разумных форм и видов в природе для познания возможностей их качественного применения с целью обеспечения их выживания в критических, постоянно изменяющихся условиях внешней среды. То есть, научное познание жизни является испытанием объекта живой природы с целью получения достоверной информации о нем

самом. Поэтому здесь внутренне присутствует и морально-этический аспект[1].

Из истории известно, что самые первые морально-нравственные начала у людей зародились в Месопотамии около 3000 лет до н.э. Они представляли из себя запреты на все антирелигиозные действия, и касались в основном служителей культа, претендующих на врачевание души и тела людей. Только те люди, которые обладали сакраментальными знаниями и умениями, имели право быть целителями, т.е. врачами. А в Вавилоне 2500 лет до н.э. был создан первый медицинский кодекс. Он содержал перечень наказаний для лекарей за нарушения ими требований при лечении. По словам Геродота, посетившего Египет в V веке до н.э., в арсенале лечебных средств, наряду с физическими и биологическими формами воздействия на пациента, активно и эффективно использовались моральные: словесные, мимические и пантомимические воздействия.

В медицинской сфере принципы морально-нравственного сознания впервые были разработаны и философски обоснованы врачом и мыслителем Гиппократом. Он клялся, что «чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство. В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного» [2]. Позже и Цицерон указывал на два осознанных первоначала моральных ориентиров в медицине: «никому не вредить и приносить пользу».

В современную эпоху научно-технических достижений ученые медики попали в весьма непростую морально-нравственную ситуацию. Они создают то, чего никогда не было в природе. Все это имеет неоднозначное значение. Многие направлены во благо людей, но немало и во вред. Это касается тех медиков, которые занимаются биомедицинскими технологиями, генной инженерией и т.д.

Научная, медицинская и философская общественность в мире в силу всего этого вынуждена вырабатывать принципиально иные морально-нравственные требования к исследователям природы. Ученым, медикам и другим специалистам необходимо создавать новые принципы в науке и медицине, действие которых было бы направлено на обеспечение надежной защиты не только жизни людей, но и всего живого на Земле. Новые морально-нравственные принципы и правила в науке и медицине должны надежно защи-

щать жизнь человека и современные общественные интересы и потребности людей.

Около тысячи лет до нашей эры очень высоко ценилась нравственная ком. Тогда впервые на передний план вышли внутренние регуляторы поведения людей, такие, как совесть, долг, честь и т.п. Зарождение принципов самоконтроля духовно обогатило человека, пробудив интерес к философскому осмыслению морали как нового явления в общественной жизни людей. Мораль и нравственность стали предметом философии, которая разработала этику (греч. *ethos* - нравы, обычаи) - науку о моральных и нравственных принципах общественного поведения людей. Она напрямую затронула потребности и интересы как общества, так и личности. В этике как философской дисциплине, мораль рассматривается как поиск путей и средств достижения всеобщего счастья.

Морально-нравственные учения всегда составляли практическую часть философии, в которой непосредственно вырабатывались принципы и правила поведения каждого человека как личности. Человек без моральных ориентиров, согласно Аристотелю, существо дикое и несчастное... Призвание этики состояло в рациональном осознании всех обыденных представлений о добре и зле, о смысле жизни человека и его деятельности. Если понятия добра и зла в этике представлялись как безусловные, хотя и исторически изменчивые, то поиск смысла жизни человеком становился объектом философско-этических размышлений в средствах морально-нравственного определения жизненного пути[3].

Этику, как правило, называют практической философией, так как она является тем философским знанием, которое осмысливает проблемы морали и нравственности, образа жизни людей и прежде всего их поведения. Она занимается изучением таких фундаментальных проблемы философии, как бытие, жизнь, смысл жизни, смерть, свобода и необходимость, любовь и совесть, честь и достоинство. В этой связи этика тесно соприкасается с рядом других гуманитарных дисциплин, таких как психология и педагогика, социология и культурология, экология и медицина. На первый взгляд, все это кажется весьма простым делом, так как необходимо обучать людей, как нужно жить и вести себя в личной и общественной жизни.

Философы разных эпох (св. Августин, Ф. Бэкон, И. Кант и др.), сострадая людям, попавшим в беду, одновременно учили их искусству избавления от душевных страданий и физических мук. Они призывали всех людей и особенно медиков, оказывать немощным необходимую им профессиональную и моральную помощь. Медицина с тех пор опирается на философско-моральные учения Гиппократов, Галена, Цицерона, И. Канта о нравственном долге врача.

Медицина уже давно слилась с принципами морально-нравственного долга - бескорыстно служить людям. Такие нравственные требования получили закрепление в деонтологии (греч. deontos - должное и logos - учение) - специфической врачебной этике, где излагаются общественные требования ко всем медицинским работникам. Со временем она стала своего рода синонимом нравственной философии медиков. Высокий гуманистический заряд деонтологии предопределяет кодекс гуманных альтруистических требований к ученым и врачам. Сегодня профессиональная медицинская этика - деонтология дифференцируются на частности, соответственно разделению труда медиков: деонтологию в хирургии, терапии, педиатрии, психиатрии, фармакологии, фармации.[5]

И. Кант рассматривал деонтологию в духе категорического императива как жесткого морального повеления разума воле. В то время возникли и другие этические концепты, указывающие на необходимость принесения пользы людям при выполнении своего нравственного долга. А само разнообразие этических учений свидетельствовало о возрастании морально-этической озабоченности людей за сохранение жизни на Земле. Зародившаяся в XX веке биоэтика значительно расширила этические горизонты личной свободы и ответственности личности, но прежде всего - ученых, медиков, других специалистов, имеющих отношение к сохранению жизни и здоровья. Впервые этика стала апеллировать к их совести. Она стала их внутренней потребностью ответственно относиться к сохранению здоровья. Поэтому жизнедеятельность медиков по определению всегда гуманна, нравственна[4].

С тех пор медицинская деонтология рассматривается как нравственная база врачебного дела, как морально-этическая философия врачей, нацеливающая их на добросовестное выполнение своего гражданского и профессионального долга. Само это обстоятельство

свидетельствует о том, что на Земле нет более гуманной жизнедеятельности, чем медицинская.

Процесс гуманизации медицины, преобразования ее духовно-интеллектуального и морально-этического начал должен осуществляться через воскрешение гуманистической философии прошлого, через органическое соединение общих принципов рационального мышления с морально-этической практикой. Исходя из социально-философского понимания задач изменения природы будущего человека, современный гуманизм провозглашает такие приоритетные принципы, как справедливость и альтруизм, бережливость и щедрость, милосердие и сострадание, стремление к новому и уважительное отношение к прошлому.

Таким образом, вечный поиск новых, более эффективных способов лечения пациентов предполагает, что врачам всегда необходимо иметь гуманистическую ориентацию, особенно при решении глобальных проблем борьбы за сохранение здоровья людей на различных этапах в процессе исследования : от понимания и постановки проблемы до ее практического решения.

Список использованной литературы

Кондратьев, В.П. Философия и медицина: учебное пособие / В.П. Кондратьев. - Тула: ТГУ, 2002. - 56 с.

Гиппократ. Избранные книги / Гиппократ. - М.: Госиздательство биологической и медицинской литературы, 1936. - 832 с.

Шевченко, Ю. Л. Философия медицины: учебник / Ю.Л. Шевченко. - М.: Гэотар-мед, 2004. - 480 с.

Философия и медицина / Под. ред. В.Д. Серапонтов, А.А. Корольков. - Л.: ЛГУ, - 212с.

Хрусталева Ю.М. Философия науки и медицины : учебник / Ю.М. Хрусталева. - М.: Геотар – мед., 2009. - 784 с.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА

Минкаилова С.Р., Багатаева П.Р.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии*

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей, г. Махачкала

Аннотация. В настоящее время деятельность врача - стоматолога выходит далеко за пределы лишь поддержания благополучного состояния полости рта населения. Расширяется перечень стоматологических специальностей, происходят гендерно-возрастные перестройки стоматологического сообщества. Для урегулирования вопросов деятельности врача-стоматолога в отношении пациента и с коллегами, необходимо создание и соблюдение определенных правил морально-нравственного поведения, о чем и пойдет речь в данной статье.

Ключевые слова: этика, деонтология, кодекс этики, врач-стоматолог.

В профессиональной компетенции медицинских наук, особенно в стоматологии, первостепенное сосредоточение научно - исследовательских работ происходит на совершенствовании технических аспектов стоматологической практики, сместив на второй план вопросы поведенческих профессиональных взаимоотношений. Среди многих этических вопросов, основными являются профессиональные отношения с пациентом, в виду постоянно возникающих конфликтов интересов, не имеющих определенных решений. Стоматология превратилась в особый культурный комплекс, который включает и экономику, и менеджмент, и высокие технологии, и новейшие психологические методики. Некоторые авторы даже считают, что роль стоматолога перестает быть узко профессиональной и превращается в роль социальную [1]. Кроме того, популярность волонтерства для оказания благотворительной медицинской помощи в странах третьего мира резко возросла в последние годы. Следовательно, возникают и этические мотивы при оказании стоматологических услуг волонтерами [7].

Затронутая тематика исследуется в качестве научного объекта в двух дисциплинах. Компетенции биоэтики, являющейся самостоятельной дисциплиной, философски наполненной, принадлежит анализ конфликтов, возникающих в результате взаимодействия медицинского персонала и пациента в различных областях знаний, связанных с медико-биологическими науками и здравоохранением. Другим объектом является раздел профессиональной этики — деон-

тология, компилирующая в себе набор правил, в основе которых лежит уважение к профессии, чувство долга и обязательства перед коллегами, то есть подразумевается некое пренебрежение личных интересов общественным [2]. Традиционно, эти правила представлены в виде кодекса. В отечественной и зарубежной литературе встречаются различные варианты кодексов. В Бразилии, к примеру, Кодекс Этики был создан в 2003 году, и он регламентирует основные этические аспекты профессиональной деятельности врачей стоматологических специальностей, в частности, хирургов и имплантологов [3]. Кодекс был создан специальной комиссией и претерпевает изменения в соответствии с динамичными медико - социальными, экономическими и техническими условиями профессиональной стоматологической среды [5].

Кроме того, часто встречаются дискуссии по вопросам профессиональной этики, требующие глубокого изучения всех элементов морального видения не только с академической точки зрения, но и учитывая практическую направленность. Следовательно, понятие морали является фундаментальным для определения характеристик человеческого поступка всех звеньев взаимодействия между людьми при оказании стоматологической помощи. В этом контексте приоритетным является принцип «норма-стандарт», на основании которого можно изобразить любое моральное осуждение, является оно справедливым или нет. В этом смысле с теорией морали связаны такие принципы, как деонтологизм, конструктивизм и стремление достижения консенсуса.

Несмотря на это, существует традиция, распространенная как на западе, так и у нас, предполагающая сближение этих принципов, определяющих Кодексы. Однако, они оказываются размытыми, лишенными международного единства, так как влияют особенности территориального местоположения и культуры. Следующим критерием, определяющим разнообразие этических и деонтологических принципов в стоматологии, является профессиональная подготовка персонала. Ежегодно во многих странах увеличивается количество специалистов, возрастает и разнообразие профиля их специальности, происходит феминизация профессии (женщин становится больше, чем мужчин) и ее омоложение (55 % работающих врачей в возрасте до 45 лет) [6]. В исследовании I. Macpherson Mayol, с коллегами был проведен сравнительный анализ кодексов для стомато-

логов Европы, Испании и Америки. Американский кодекс этики для стоматологов, впервые был опубликован в 1982 году, последнее изменение в нем от 2012 года. Его основная идея заключается в формировании модели этических норм поведения, направленных в пользу пациента. В реализации этого помогают пять общих принципов: автономии, запрет на диффамацию, благотворительность, справедливость и правдивость.

В странах Европейского Союза, кодекс этики для стоматологов был сформулирован в 1965 году, с последующими исправлениями в 1982, 1998, 2002 и 2007 годах. Основной принцип этого кодекса — гуманность, а определяющая схема работы стоматологов — врач обслуживает пациента/общество и не наоборот. Испанский код был утвержден в 1999 году (с изменениями в 2000 и в 2012 году). Общие принципы его схожи с таковыми в Европейском кодексе, то есть это все морально-этические мероприятия, направленные на компромисс с пациентом, с обществом, с коллегами в сфере здравоохранения. Особенностью этого кодекса является отражение тенденции собственной юридической структуры, где конкретизируются обязанности специалистов, не оставляя вариантов интерпретации [6]. В России в настоящее время существует Международный кодекс медицинской этики, принятый третьей Генеральной Ассамблеей Всемирной Медицинской Ассоциации в октябре 1983 года. Кроме того, врач-стоматолог обязан соблюдать принципы Женевской Декларации, одобренной Всемирной Медицинской Ассоциацией. Согласно этим документам, врачу необходимо постоянно совершенствовать свои профессиональные навыки, применение которых должно быть во благо пациента, а свои собственные интересы не должны быть выше интересов пациента. Врач должен обладать такими качествами, как сострадание, уважение, честность, помнить и блюсти врачебную тайну. Врачу-стоматологу не позволительно заниматься саморекламой, получать комиссионные денежные средства за направление к нему пациента, действовать в ущерб интересам психического здоровья пациентов, не должен переманивать пациентов у своих коллег [2]. Для своей успешной работы, врач-стоматолог создает комфортную обстановку для пациента, чего можно добиться простой доверительной беседой. Грамотно проведенные мероприятия по психологической защите пациента, включают в себя оценку психоэмоционального состояния, налаживание доверительного контак-

та, использование методов малой психотерапии, снижают психологическую и эмоциональную нагрузку во время лечения, что способствует повышению качества оказываемой стоматологической помощи [4].

Таким образом, возникает необходимость гомогенизации критериев принятия идентичных моральных решений и действий для устранения проблем и конфликтов. В реализации своей профессиональной деятельности врачи-стоматологи различных специальностей должны руководствоваться теми принципами, которые направлены на укрепление здоровья полости рта населения не только с технической точки зрения, но и с учетом морально-этических и деонтологических основ.

Список использованной литературы:

1. Деонтология и личностный подход в системе предупреждения конфликтных ситуаций в ортопедической стоматологии / В.И. Шемонаев, и др. // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2014. – № 2 (42). – С. 45–49.

2. Проблемы врачебной этики и деонтологии в стоматологической практике / Л.Н. Зябирова, и др. // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2017. – Т. 6. – № 1. – С. 396–397.

3. Экспертный анализ дефектов и неблагоприятных исходов при оказании стоматологической имплантологической помощи / Э.Г. Борисова, и др. // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. – № 10. – С. 282–284.

4. Этические и деонтологические нормы поведения, как фактор повышения качества стоматологической услуги / Д.Н. Горячев, и др. // Современные проблемы социально-гуманитарных наук. – 2017. – № 1 (9). – С. 56–59.

5. Bioethical analysis of the Brazilian Dentistry Code of Ethics / M. Pyrho, et al // Cien Saude Colet. — 2009. — Vol. — 14. — № 5. — P. 1911–1918. Comparative study of three Western models of deontological codes for dentists / I. Macpherson Mayol, et al // Cuad Bioet. — 2013. Vol. – 24. — № 82. — P. 367–376.

6. Developing an ethical framework for short-term international dental and medical activities / A. Friedman, et al // J Am Coll Dent. — 2014. – Vol. – 81. — № 1. — P. 8–15.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРИОД КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ (ПО ПИСЬМАМ Н.И. ПИРОГОВА)

Кравцова Е.С.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ
Кафедра философии, г. Курск*

В Российской империи специалистов по военной медицине в середине XIX столетия не было, как и направления – военно-полевая медицина. В период Крымской войны происходят важные изменения в военной медицине, применяются новые способы лечения, внедряется служба сестер милосердия. Эти преобразования связаны с именем известного русского врача, ученого, педагога Николая Ивановича Пирогова, который о проблемах в медицинской помощи больным и раненым солдатам в период Крымской войны описал в своих письмах жене.

Личность и деятельность Н.И. Пирогова постоянно находятся в спектре интересов историков, философов, врачей [см.: 1,4,7,9,11], особенно в связи с развития биоэтического направления российской философии [см.: 2,3,8], поскольку и зачатки этики взаимоотношений также были заложены этим великим врачом.

Н.И. Пирогов добровольно отправился в Севастополь, когда становится понятно, ситуация там превращается в критическую. Врач всегда отличался патерналистическим отношением к пациентам. Сам он писал: «Странно, когда я сомневался и не верил, я более делал добра, – вернее, делал его бескорыстнее, без всякого мотива» [5, с. 203]. С такими намерениями – помогать больным и раненым – он и отправился на фронт.

Знакомство врача с крымскими госпиталями оставило горькие строки в письмах, которые писал Н.И. Пирогов своей супруге Александре Антоновне. В них и жалость к раненым, и осуждение руководства неорганизованностью медицинской помощи, и недоумение нехваткой койко-мест, лекарств, перевязочного материала и т.д.

Ужасные картины предстают перед нами строчках писем: «с 8 часов утра до 6 часов вечера остаюсь в госпитале, где кровь течет реками, слишком 4000 раненых», или «приехав в Севастополь 12 ноября, следовательно, 18 дней после дела, я нашел слишком 2.000 раненых, скученных вместе, лежащих на грязных матрацах, перемешанных, и целые 10 дней почти с утра до вечера должен был оперировать таких, которым операции должно было сделать тотчас после сражения» [см.: 6] и др.

Встреча с командующим русской армией в Крыму князем А.С. Меншиковым не принесла ясности врачу. Выслушав мнение известного хирурга о состоянии госпиталей, который сводился к их жалкому состоянию, А.С. Меншиков подтвердил свое бессилие в решении проблем, отметив, что что после сражение на р. Альма (о котором все знали, и к которому армия готовилась), госпитали не оказались способными принять более 10 тысяч раненых солдат и офицеров, которые, по словам князя: «лежали—с на голой земле и под ливнями—с». Комментируя это заявление, Н.И. Пирогов с негодованием писал: «и для этих раненых не приготовили ровно ничего; как собак, бросили их на земле, на нарах, целые недели они не были перевязаны и даже не накормлены». И это мнение было вполне оправдано. На тот период времени была масса пригодных под госпитали помещения, оставалось мирное население, которое можно было привлечь для оказания медицинской помощи или хотя бы размещения больных в домах, а не на улицах, но руководство этим не было озабочено. Хирург пересказал известную русскую поговорку «В чужом глазу соринку видим, а в своём бревна не замечаем», указав, что в русской прессе активно критиковали англичан, которые не оказывали должной помощи раненым русским солдатам после сражения на р. Альме, но и русское командование должной помощи им не оказало.

Возмущение вызывает у Н.И. Пирогова не только беспомощность военной администрации, но и бездействие медицинских работников. Посетив госпиталь в Бахчисарае с горечью отмечает автор писем: «Описать, что мы нашли в этом госпитале, нельзя. Горькая нужда, беззаботность, медицинское невежество и нечисть соединились вместе в баснословных размерах в двух казарменных домишках, заключавших в себе 360 больных, положенных на нарах один возле другого, без промежутков, без порядка, без разницы, с

нечистыми вонючими ранами возле чистых, в пространстве по благоусмотрительному человеколюбию врача и зрителя, герметически запертых при температуре слишком 18°Р, не перевязанных более суток, вероятно, также из человеколюбия» [см.: 6], – при полном бездействии врача и его помощника.

В этой ситуации Н.И. Пирогов развернул свою профессиональную деятельность. Больные и раненые солдаты не все были размещены в помещениях: «В Симферополе лежат еще больные в конюшне, соломы для тюфяков нет, и старая, полусгнившая солома с мочой и гноем высушивается и снова употребляется для тюфяков; соломы здесь уже совсем нет (в Севастополе), пуд сена стоит 1 руб. 75 к. серебром». Из зоны военных действий раненых перевозили в течение недели в Перекоп, но в открытых телегах, без теплых вещей, с ночевками под открытым небом или в сараях или нетопленных избах, без теплого питания (а иногда и вообще без еды) и питья. «Вот следствия беспечности и непредусмотрительности, когда ничего не заготавливали, шутили, не верили, не приготавливались» [см.: 6].

Из Санкт – Петербурга Пирогов привез с собой еще и помощниц – сестер милосердия Крестовоздвиженской общины, сформированной по инициативе великой княгини Елены Павловны, которые постоянно по графику работами в госпиталях, помогали при перевязках, операциях, принимали участие в раздаче еды и питья. Пирогов отмечал, что помощь сестер милосердия помогала раненым и с психологической точки зрения: «Присутствие женщины, опрятно одетой и с участием помогающей, оживляет плачевную юдоль страданий и бедствий» [см.: 6].

Николай Иванович, кроме того, что проводил постоянные операции, занимался и совершенствованием системы оказания помощи больным. Об этом он писал жене так: «Пробыв двенадцать дней в Севастополе, я успел в это время распределить больных по отделениям, отделить нечистые раны от чистых и оперировать почти всех запущенных с 24 октября» [см.: 6].

Н.И. Пирогов в Крымской компании сделал очень много и для раненых, и для медицины: применение сберегательной тактики для лечения ранений конечностей через применение гипсовой повязки, внедрение метода сортировки больных на пять категорий в соответствии со степенью тяжести ранений, организация работы военно-транспортных команд и др. И все это с огромным уважением и лю-

бовью к простому российскому военному служащему, который пролил кровь за свою Родину. За заслуги в оказании помощи раненым и больным во время этой войны Пирогов был награжден орденом Святого Станислава 1-й степени.

Список использованной литературы:

1. Втулкина А. С. Крестовоздвиженская община сестер милосердия в годы Крымской войны 1854–1856 гг. // Журнал исторических исследований. – 2016. – Т. 1. № 2. – С. 1–1.

2. Засухина В.Н. Русские врачи–гуманисты (к вопросу об истоках российского типа биоэтики) // Ученые записки Забайкальского государственного университета. – 2011. – №4. – С. 16–24.

3. Кравцова Е.С. Этические проблемы ухода за ранеными в письмах Н.И. Пирогова (1854–1856) // Известия Юго–Западного государственного университета. Серия: История и право. – 2017. – Т. 7. – № 1 (22). – С. 122–128.

4. Мазинг Ю.А. Николай Иванович Пирогов: 200 лет жизни в истории России // Пространство и Время. – 2010. – №2. – С. 203–221.

5. Пирогов Н. И. Сочинения. Вопросы жизни. Записки старого врача. Т. II. – Киев: Изд–е Пироговского тов–ва, 1910. – 682 с.

6. Пирогов Н.И. Севастопольские письма и воспоминания // <https://litresp.ru/chitat/ru/П/pirogov-nikolaj-ivanovich/sevastopoljskie-pisjma-i-vozpominaniya>

7. Порудоминский В. И. Пирогов. – М.: Молодая гвардия, 1965. – 304 с.

8. «Русская традиция» в биоэтике: этико–аксиологические основания Асеева И.А., Волохова Н.В., Гребенщикова Е.Г. и др. – Курск: Университетская книга, 2017. – 177 с.

9. Федоров В.Д., Глянцев С.П. Гениальность и нравственность в жизни и деятельности Николая Ивановича Пирогова // Вестник РГМУ. – 2010. – №5. – С. 93–97

10. Штрайх С.Я., Н.И. Пирогов. – М.: Журнально–газетное объединение, 1933. – 160 с.

11. Юдин С.С. Образы прошлого и силуэты некоторых военно–полевых хирургов. – М.: Медгиз, 1944. – 48 с.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИАЛАДЕНИТОМ И СИАЛОЗОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ордашев Х.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с усовершенствованием врачей, г. Махачкала*

Резюме. Хронический сиаладенит (ХС) и сиалоз - одни из самых частых заболеваний слюнных желез (СЖ). Наличие некоторых общих патогенетических механизмов в поражении СЖ при ХС и сиалозе заставляет рассматривать различные вопросы патологии при этих заболеваниях в сравнении друг с другом. В работе проводится изучение состояния органов полости рта, ЩЖ при ХС и сиалозе. Анализ частоты клинически явного гипотиреоза у пациентов с поражением СЖ.

Актуальность. СЖ принимают активное участие в метаболизме йода, в ряде работ описаны функциональные взаимосвязи между щитовидной железой (ЩЖ) и СЖ. Однако, мы не встретили исследований по изучению функционального состояния ЩЖ при различных вариантах течения сиалоза, а сведения о характере изменений органов полости рта и ЩЖ при ХС и сиалозе недостаточны.

Материал и методы исследования. Обследовано 82 больных в возрасте 18-73 лет с признаками ХС и сиалоза, имеющих патологию ЩЖ, находившихся на лечении в отделении эндокринологии РКБ в г.Махачкала. При этом было 47 человек с ХС, и 35 - с сиалозом. В диагностике ХС и сиалоза использовались общепринятые критерии.

Контрольная группа состояла из 20 практически здоровых человек. Для изучения изменений органов полости рта у обследуемых определялись индексы КПУ, РМА, индексы гигиены по Федорову-Володкиной и Грину-Вермильону.

Наличие и тяжесть заболевания ЩЖ оценивали по клиническому проявлению, размеры ЩЖ определяли пальпаторно по общепринятой методике; о наличии узловых образований и структур ЩЖ судили по данным ультрасонографии.

В лабораторной диагностике применяли стандартные радиоиммунные наборы для определения в сыворотке крови трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ). Данное исследование выполнено в Республиканской клинической больнице и Республиканском диагностическом центре, в г. Махачкале. Статистическая обработка материала проведена по критерию Стьюдента.

Результаты исследования. У больных ХС и сиалозом выявлено неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта. Индексы по Федорову-Володкиной соответственно составили $2,32 \pm 0,28$, $2,11 \pm 0,26$ против $1,52 \pm 0,07$ в контрольной группе ($p < 0,05$). Показатели зубного налета по индексу Грина-Вермильона были $1,63 \pm 0,35$ и $1,76 \pm 0,27$ против $0,79 \pm 0,08$ в контроле ($p < 0,05$). Секреторывыделительная функция СЖ у всех обследованных больных была значительно снижена по сравнению с контролем, чем и можно объяснить плохое гигиеническое состояние полости рта у больных.

При обследовании зубов у лиц с данной патологией СЖ наблюдалась достоверно высокая поражаемость их кариесом. По индексу КПУ она была большей, чем в контрольной группе: у больных сиалозом - в 2,3 раза, с ХС - в 2 раза. Со стороны тканей краевого пародонта у лиц с заболеванием СЖ установлены значительные изменения, проявляющиеся в основном в форме гингивита и пародонтита. По индексу РМА у больных с ХС и сиалозом эти изменения соответственно составили $25,06 \pm 4,48$ и $38,67 \pm 7,51$ против $7,17 \pm 1,48$ в контрольной группе.

При изучении состояния ЩЖ наследственность по заболеваниям ее была отягощена у 11,2% пациентов с сиалозом и у 4,4% с ХС. Факторы, способствующие проявлению скрытой наследственной патологии эндокринной системы (рождение пятым и более ребенком по счету, тонзиллэктомия до пубертатного возраста, поздний возраст родителей) имелись у 7,5% всех обследованных.

На основании изучения симптоматики гипотиреоза у больных с ХС выявлены некоторые особенности в зависимости от стадии заболевания СЖ. Из 32 пациентов с начальной и клинически выраженной стадиями ХС у 12 имелся клинически явный гипотериоз со следующими признаками: увеличение массы тела при пониженном аппетите, выпадение или ломкость волос, зябкость, снижение памяти, сухость кожи, осиплость голоса, гиперкератоз. Увеличение ЩЖ

отмечалось у 36,5% больных начальной и клинически выраженной стадиями ХС. Размеры ЩЖ соответствовали увеличению I степени у 7 человек и II степени у 5. По данным ультрасонографии, у 6 больных имелось чередование участков пониженной и повышенной эхоплотности. У 8 человек из 15 больных с поздней стадией ХС наблюдался клинически явный гипотиреоз с признаками увеличения массы тела, отмечались осиплость голоса, выпадение или ломкость волос, запоры, гиперкератоз.

Клиническая картина гипотиреоза у пациентов с сиалозом в целом характеризовалась следующими признаками: зябкостью, снижением памяти, увеличением массы тела, изменением тембра голоса, отечным синдромом, выпадением волос. У 65,7% пациентов с гипотиреозом выявлены нарушения липидного обмена ($p < 0,05$).

Содержание тиреоидных гормонов и тиротропина у больных с ХС и сиалозом представлены в табл.2. Для пациентов с ХС характерным является снижение уровня T_4 при повышении ТТГ на фоне тенденции к увеличению выше нормального содержания T_3 . У пациентов с сиалозом отмечался более низкий уровень T_3 и T_4 , чем в контрольной группе, при повышении уровня ТТГ.

Известно, что в диагностике и лечении заболеваний СЖ широко применяются йодсодержащие препараты. Избыточное поступление йода в организм может спровоцировать манифестацию аутоиммунного поражения ЩЖ с последующим снижением ее функции и создать условия для нарушения периферического обмена тиреоидных гормонов. Снижение функции ЩЖ отрицательно влияет на течение воспалительного процесса в СЖ.

В комплексном лечении пациентам с ХС и сиалозом, имевшим клинически явный гипотиреоз, назначалась индивидуально подобранная доза тиреоидных препаратов. В основном использовали тироксин с начальной дозой 50 мг. У всех пациентов доза тироксина назначалась с учетом сезона - большая в зимний и меньшая в летние периоды. Применение препаратов тиреоидных гормонов у больных с ХС и сиалозом целесообразно и с патогенетической точки зрения, так как последние обладают иммунокорригирующим действием. Применение больными препаратов тиреоидных гормонов позволило снизить частоту и тяжесть обострений гипотиреоза у больных ХС и сиалозом.

Выводы. Больные с ХС и сиалозом являются группой высокого риска развития гипотиреоза. Имеется зависимость изменений, возникающих в органах полости рта, от состояния СЖ. Клиническая картина гипотиреоза у больных с ХС сопровождается следующими изменениями тиреоидного гормонального статуса: повышением T_3 при снижении T_4 и повышении ТТГ. Для больных сиалозом и гипотиреозом характерно снижение T_3 и T_4 при повышении ТТГ. В диагностике и лечении больных с патологией СЖ следует максимально ограничить применение йодсодержащих препаратов.

Применение тиреоидных гормонов при лечении больных с ХС и сиалозом высоко эффективно и позволяет добиться снижения частоты и тяжести обострений. Все больные с хроническим сиаладенитом и сиалозом нуждаются в комплексном обследовании и лечении, требующем тесного взаимодействия стоматолога и эндокринолога.

ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ К КЛИНИЧЕСКИМ АЛГОРИТМАМ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

**Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г.,
Сулейманова С.В., Магомедова А.**

*ФБГОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г.Махачкала*

Основной целью внедрения принципов рациональной фармакотерапии в клиническую практику является достижения максимальной эффективности и безопасности фармакотерапии. Для этого в настоящее время созданы подходы для стандартного (клинические рекомендации и стандарты) и персонализированного (фармакогеника, таргетная терапия) подхода в лечении заболеваний, проводится цифровизация здравоохранения и разрабатываются системы поддержки принятия врачебных решений, развивается доказательная медицина и фармакоэкономика. Это особенно актуально при рациональной фармакотерапии социально-значимых (артериальная гипертензия, сахарный диабет, онкология) и редких заболеваний (ЛАГ и ХТЭЛГ), для которых в первую очередь и разрабатываются современные клинические рекомендации, алгоритмы диагностики и лечения для практических врачей.

В связи с этим может быть интересен и полезен алгоритм для рационального выбора ЛС в фармакотерапии, который уже несколько лет обсуждается на цикле по вопросам доказательной медицины в клинической фармакологии и фармакотерапии, который преподается на кафедре клинической фармакологии ДГМУ.

В данной статье мы приводим основные положения указанного алгоритма, который начинается с вопроса, который врач задает себе после установления клинического диагноза (если этого невозможно – предварительного диагноза): следует ли вмешиваться в ход болезни назначением лекарственного препарата?

Известно, что множество заболеваний имеют стадии и синдромы, при которых используются немедикаментозные методы лечения: диета, умеренная физическая нагрузка, отказ от курения и употребления алкогольных напитков, применение физиотерапевтических методов терапии и т.д. Кроме того большинство патологических процессов имеют несколько патологических составляющих, особенно у пожилых пациентов (полиморбидные состояния). Однако цель для назначения лекарства (мишень) должна быть максимально конкретизирована для уменьшения возможных неблагоприятных побочных эффектов.

Второй вопрос, который должен решить врач, если решил назначить лекарственное средство: каких изменений в организме пациента необходимо достичь и возможно ли добиться своих намерений избранным лекарственным средством?

Чтобы решить это врач должен знать все особенности состояния пациента (состояние печени, почек, кровообращения, дыхания), которые могут изменить эффективность и безопасность препарата, а также фармакокинетику и фармакодинамику этого препарата и возможные её побочные эффекты и противопоказания. Кроме всего этого врач должен знать долгосрочную цель терапии. Например, при лечении гипертонической болезни пациента и его родителей интересует не просто снижение артериального давления и других симптомов, лабораторных и функциональных показателей, которые доказательная медицина считает суррогатными (косвенными) показателями, а снижение вероятности тяжелых осложнений и смертности пациента (это истинные критерии), которых сложно фальсифицировать [1].

Как известно все эти тонкие явления врач может не знать, поэтому он должен пользоваться современными (2020-2022 годов)

клиническими рекомендациями (протоколами лечения), основанные на доказательной медицине наиболее эффективные и безопасные медицинские технологии – лекарственные средства и медицинские изделия для внедрения в повседневную клиническую практику. Они могут помочь врачу и пациенту в принятии решений относительно врачебной тактики в определенной клинической ситуации (заболевания, синдромы, хирургические ситуации, проведении диагностических тестов и т.д.), а также длительности пребывания в стационаре и других аспектов клинической практики.

Клинические рекомендации создаются профессиональными врачебными ассоциациями или правительственными организациями, образующие экспертные группы из лучших специалистов страны. Использование клинических рекомендаций позволит оказать пациентам необходимый объем медицинской помощи вне зависимости от того, где (в Москве или отдаленном поселке) и кем они лечатся.

Из доказательной медицины известны случаи, когда врач, не пользуясь клиническими рекомендациями лечил больных по собственному усмотрению при сердечно-сосудистых заболеваниях, при тахикардиях (для профилактики аритмий). Используя противоаритмические средства устраняют аритмии, а больные умирают. Поэтому сейчас с целью профилактики использовать противоаритмики запрещено.

Следующим вопросом, который должен решить врач называется: Как определить, что намеренная им цель будет достигнута?

Здесь главное, что было описано выше: надо, чтобы лечение было завершено достижением не суррогатных (косвенных) целей (как сказано устранение аритмий), а предотвращение смерти пациента и тяжелых осложнений.

Очередной вопрос, который должен решить врач – когда прекратить лечение?

Долгое время (до появления доказательной медицины – до 90-х годов 20 века) неизменным правилом была активная терапия пациента с острым заболеванием до полного выздоровления, с хроническими – до достижения стойкой ремиссии. Сегодня часть патологических процессов (гипертоническая болезнь, хроническая сердечная недостаточность, изменения свертывающей системы, аритмии и т.д.) требуют неопределенно долгого, часто пожизненного медика-

ментозного лечения и медикаментозных изделий (кардиостимуляторов и т.д.)

Следующий важнейший вопрос, который ставит перед собой врач, будет ли терапия для пациента безопасной? Какие нежелательные лекарственные реакции (НЛР) могут возникнуть в ходе лечения избранным препаратом?

Как известно, из научных данных в развитых странах смертность от применения лекарственных препаратов составляет 4-5 место после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм, увечий, сахарного диабета и хронической обструктивной болезни легких.

Вопрос о безопасности лекарственных препаратов особенно актуален. В наше время, когда осуществляется безудержная реклама лекарственных препаратов и биологически активных добавок, декларирующих не только их небывалую эффективность, но и практически абсолютную безопасность. К сожалению этим грешат и некоторые научно-практические медицинские журналы нашей страны.

Об отсутствии лекарственного средства без побочных эффектов известно ещё с древних времен. Так, слово «фармакон», от которого произошло название науки о лекарствах – фармакология, с греческого переводится как «лекарство, яд». Недаром существуют такие античные афоризмы: «Лекарства хуже болезней», «Не навреди, если не можешь помочь», а также выражение средневекового врача Парацельса (1491-1541), «всё есть яд и ничто не мешает ядовитости, одна только доза делает яд незаметным». Следует привести ряд высказываний выдающихся врачей о неизбежности неблагоприятных побочных эффектов лекарств. Так, академик-терапевт, первый клинический фармаколог России и Советского Союза, автор первого руководства «Очерки клинической фармакологии», изданного в 60-х годах 20 столетия, Борис Евгеньевич Вотчал сказал: «Если лекарственный препарат лишен побочных эффектов, есть ли у него какие-либо эффекты вообще» [4]. Или высказывания главного клинического фармаколога России, в прошлом ректора Волгоградского медицинского университета, академика РАН В.И. Петрова: «Абсолютно безопасным на сегодняшний день могут быть только абсолютно не эффективные лекарства» [2]. Не случайно первый представитель комитета по безопасности лекарственных средств Великобритании сэр Деррик Данлоп сравнил современные лекарства с

атомной энергией, способной принести как огромную пользу, так и огромный вред.

Однако доказательная медицина и тысячелетняя медицинская практика показала, что не существует ни одно лекарственное средство на фармацевтическом уровне без побочных эффектов.

Остановимся вкратце на классификации нежелательных лекарственных реакций. По данным ВОЗ НЛР делятся на группы [3]:

Тип А – это фармакодинамические побочные эффекты, свойственные этому препарату, как и лечебные его свойства – они предсказуемы, их развитие связано с дозой, для них характерна невысокая летальность.

Например, падение артериального давления, ортостатические реакции при применении антигипертензивных препаратов, сухой кашель при назначении некоторых ингибиторов АПФ, снижение атрио-вентрикулярной проводимости и брадикардии, особенно неселективными бета-адреноблокаторами, проаритмическое действие некоторых антиаритмических средств, снотворное, местно анестезирующее и атропиноподобное действие димедрола и т.д. Реакции типа А встречаются в 75%-х случаев, их можно предвидеть и устранить; вторичные эффекты (развитие диареи при назначении антибиотиков за счет подавления кишечной микрофлоры, снижение иммунитета глюкокортикоидами).

Тип В – непрогнозируемые (непредсказуемые) побочные эффекты, не связанные с фармакологическим действием лекарственных средств. К ним относятся индивидуальная непереносимость лекарств, вызванных при применении лекарств в терапевтических и субтерапевтических дозах, т.е. они дозозависимые; идиосинкразии – генетически обусловленные фармакологически извращенные реакции на впервые примененные лекарства. Эти реакции иммунологической природы – аллергические реакции (анафилактический шок, синдром Лайелла, синдром Стивенсона-Джонсона, лекарственная крапивница и др.). реакции типа В непредсказуемы, они протекают тяжело и наблюдают в 20% всех реакций.

Тип С - НЛР, возникающие при длительном применении лекарств – развитие толерантности, лекарственной зависимости (наркомании, токсикомании, синдром абстиненции и отмены). Эти реакции серьезные, часто носят необратимый характер и развиваются в нескольких процентах случаев.

Тип Д – отсроченные реакции, проявляются в виде тератогенности (развитие уродств у плода), канцерогенности, мутагенности и эмбриотоксичности. Диагностировать эти НПР сложно вследствие длительного временного промежутка между началом лечения и развитием неблагоприятных побочных эффектов [3].

Для борьбы со смертностью и тяжелыми побочными эффектами, вызываемыми лекарствами в мире и в России создана служба Фармаконадзора – совокупность мероприятий, связанных с научными исследованиями и деятельностью, направленными на выяснение, оценку и понимание возможных негативных последствий медицинского применения лекарственных препаратов, БАДов, предупреждение их возникновения и защиту пациентов [2.3.]. Такая служба в 2009 году была создана и функционирует и в Дагестане [2]. Однако, отсутствие службы клинических фармакологов республики является серьезным препятствием для ее успешной деятельности.

Выводы:

1. Клинические рекомендации являются основным документом, регламентирующим адекватную диагностику и рациональное лечение заболеваний.

2. Врачам всех специальностей для успешного применения клинических рекомендаций необходимо следовать описанному выше алгоритму, что позволит эффективнее избегать полипрагмазии, и как следствие, развития межлекарственных взаимодействий и НЛР, в том числе, серьезных, приводящих к смерти, госпитализации, инвалидизации.

Список использованной литературы:

1. Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г., Сулейманова С.В. Вопросы доказательной медицины в клинической фармакологии и фармакотерапии. Махачкала 2021.

2. Абдурахманов Т.М. Организация мониторинга безопасности лекарственных средств (МБЛС), фармаконадзор в республике Дагестан. Махачкала, 2017.

3. Белоусов Ю.Б., Кукес В.Г., Лепяхин В.К., Петров В.И. Клиническая фармакология. Национальное руководство. – Москва. Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2009, с. 124-127.

4. Вотчал Б.Е. Очерки клинической фармакологии. Издание второе, исправленное и дополненное. Издательство «Медицина». Москва, 1965.

О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Магомедова З.М., Нурмагомедов И.С.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Прекрасно охарактеризовал истинного врача знаменитый русский юрист девятнадцатого века Анатолий Фёдорович Кони: «Врач живёт постоянно с чувством ответственности перед страдающим, является свидетелем страданий больных, подвергает себя порой опасности заражения, проявляя каждодневный героизм».

Истинный врач должен быть знаком с принципами деонтологии - учения о морали, нравственности, этики медика.

Чтобы соблюсти необходимые нормы, медицинский работник должен быть хорошим специалистом в своей области, а также морально поддерживать больного, формировать у него оптимистическое настроение, то есть гуманно относиться к личности пациента. Профессионализм является убедительным показателем подготовленности медика к сложной и ответственной работе. Он определяет личный авторитет врача. Составляющими чертами профессионализма также являются личное обаяние врача, скромность, искренность, неподдельная доброта. Всё это поможет ему уверенно и спокойно общаться с больным, как правило, психологически очень ранимым человеком. Всё это составляет ценную традицию русско-медицинской школы. Ярким примером можно считать выдающегося русского хирурга Николая Васильевича Склифосовского, который не терпел ни малейшей грубости, вольности по отношению к больным, обращаясь к ним вежливо, независимо от занимаемого положения в обществе. В его клинике считалось преступлением

против врачебной этики и не допускалось ни в коем случае легкомысленного отношения персонала к пациентам.

В этом смысле он был наследником лучших исторических традиций. Так, древнегреческий целитель и философ Гиппократ, вошедший в историю как «отец медицины» сформулировал обязанности врача перед пациентом, заявив, что главное не навредить больному. Эти слова стали клятвой для многих поколений медиков и эталоном врачебной этики.

А представитель восточной медицины Ибн Сина, основатель канонов врачебной науки, прославился требованием особого подхода к каждому больному, считая его неповторимой личностью и утверждая: «Врач должен...».

Интересна и позиция швейцарского медика и философа средних веков Парацельса. В его модели основное значение приобретает патернализм, то есть взаимоотношения врача и пациента на основе эмоционального и духовного контакта. «Врач должен денно и нощно думать о своём больном», «врач не смеет быть лицемером, мучителем, лжецом, но должен быть праведным человеком.», «величайшая основа лекарства- любовь».

Развитие общества и медицинской науки движется семимильными шагами. Новые открытия рождают и новые вопросы: Как относиться к клонированию, эвтаназии, трансплантации органов, суррогатному материнству и т.д.? Что является добром, а что злом?

В последнее время особо острые дискуссии разгорелись по поводу трансплантации органов. Трансплантация - это замена повреждённых и утративших жизненные функции органов. Главной проблемой трансплантологии с точки зрения медицинской этики является то, что не всегда донор бывает мёртвый, из-за чего врач не способен придерживаться основного принципа «не навреди». В данной ситуации доктору приходится выбирать: не навредить или творить благое. Поэтому в случаях живого донорства медицинское сообщество придерживается мнения: «получаемая польза должна превышать причиняемый вред».

В современном мире проблема дефицита донорских органов регулируется с помощью пропаганды пожертвования органов после смерти, создание искусственных органов, а также попытка получения органов от животных. Также стоит заметить, что распределение донорских органов является трудностью, ведь не всегда это соответ-

ствуется принципам справедливости. Также стоит отметить, что большинство этических проблем связаны с коммерциализацией трансплантологии, поскольку сегодня человеческие органы стали дорогостоящим, ценным и дефицитным товаром.

При решении этих спорных вопросов врачу необходимо владеть всем спектром знаний и учитывать личность и состояние каждого пациента, помнить об осторожности в высказываниях, о завоевании доверия, о ровном и спокойном поведении, сочетаемом с заботливым и внимательным отношением к больному.

В любом случае, прежде всего, врач должен быть истинным интеллигентом, не только образованным, но и воспитанным, порядочным, благородным человеком. Эти ценные качества должны проявляться дома и на работе, при общении с больными, с их родственниками и т.д. Современный медик обязан обладать высоким профессионализмом и чувством гражданской ответственности. Огромную роль играют также его личное обаяние, душевность, искренность, скромность, умение найти контакт с больным. Но главное всё-таки это совесть как высшее выражение гуманности. Основным принципом для современного медика был и остаётся принцип уважительного отношения к человеку - высшей ценности в мире живых существ.

В заключение следует сказать, что данный принцип базируется на строгом следовании правилам морального порядка, соблюдении основных требований морального плана в медицинском сообществе, социуме, а также в согласовании с разумом и волей врача. Всё это должно в итоге привести к положительному результату, о котором справедливо писал английский философ Фрэнсис Бэкон: «... Я совершенно убеждён, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями».

Список использованной литературы:

1. Медицинская этика [Электронный ресурс]-Режим доступа: https://www.bsmu.by/downloads/kafedri/k_poli_ter/2.pdf

2. Философско-этические проблемы медицины [Электронный ресурс]- Режим доступа: <https://progs-shool.ru/obshhij-kurs-filosofii-chast-ii/589-filosofsko-yeticheskie-problemy-mediciny.html/2>

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ: КРИЗИС ДОВЕРИЯ

Власова В.Н.

*ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогик, г. Ростов-на-Дону*

Одной из базовых ценностей, которые представлены в иерархии ценностей человека, выступает здоровье. О ценности здоровья в общественном сознании российского населения свидетельствуют данные результатов всероссийских эмпирических исследований. В соответствии с данными, которые представлены в аналитическом отчёте: 67% опрошенных приучили себя заботиться о своем здоровье, а 64% россиян указали на то, что среди их окружения многие люди проявляют заботу о своем физическом и психическом состоянии [1]. Уроки, полученные в ходе пандемии новой коронавирусной инфекции, очередной раз напомнили населению, что риск распространения инфекционного заболевания – это большая угроза жизни человека, что каждому человеку необходимо беречь и укреплять свое здоровье. Пандемия COVID-19 обострила имеющиеся в российской системе здравоохранения недостатки и внесла изменения в вектор доверия населения к системе здравоохранения [2].

В связи с тем, что население России является активным потребителем медицинских услуг, мы полагаем, что очень важно рассмотреть особенности отношения россиян к данным услугам.

В последнее десятилетие мы наблюдаем за активной практикой социально-экономических преобразований в российской системе медицинского обслуживания населения. Сюда можно отнести трансформации, которые наблюдаются в системе ОМС в России [3]: например, в 2021 году вступили в силу поправки в закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [4]. Специалисты, изучающие реформирование системы здравоохранения в России, выделяют среди проведенных реформ структурно-функциональные преобразования лечебно-профилактической помощи [5] и «организационно-финансовую перестройку всей отрасли под условия сложной эпидемиологической ситуации» [2, с. 104].

Нельзя не согласиться с высказыванием Н.А. Вялых о том, что период распространения новой коронавирусной инфекции подогрел интерес исследователей и заставил в очередной раз задуматься «... о несовершенствах системы оказания медицинской помощи, доверии ее потребителей, социальном самочувствии медицинских работников, возможном решении заостренных проблем на таком уровне осознанности ...» [2, с. 109].

Опираясь на определение термина «медицинская услуга», которое дано Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в рамках данной работы под медицинскими услугами мы подразумеваем «медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение» [6].

В период кризиса 90-х г. XX века финансовые возможности отечественных учреждений здравоохранения существенным образом сократились, что привело к появлению негосударственной подсистемы в медицинской сфере: стали активно открываться и предлагать свои услуги частные клиники. Появление негосударственной подсистемы, безусловно, повлияло на модификацию поведения потребителей медицинских услуг.

Постоянное реформирование системы здравоохранения, открытие частных клиник, нехватка врачей в государственных поликлиниках, - все это способствует еще большему росту степени недоверия со стороны населения к системе, медицинским учреждениям и специалистам, которые оказывают медицинские услуги.

Получая медицинские услуги, каждый человек доверяет свое здоровье специалистам в области медицины. Опираясь на идеи С.В. Старцева и Е.Ю. Рождественской, мы можем отметить, что: «Если рассматривать доверие в прагматической логике, то в его основе лежит ожидание, что действия врача во взаимодействии с пациентом способствуют увеличению или сохранению его жизненных ресурсов (не причинить вреда, но принести пользу), а также готовность пациента делегировать врачу эту задачу в силу его знаний, опыта и навыков» [7].

Что же в настоящее время происходит с отношением населения к медицинским услугам?

Эффективная медицинская помощь становится менее доступной для наиболее уязвимых слоев населения, то есть прослеживается социальная дифференциация доступа населения к медицинской помощи [8], между врачом и пациентом усиливается социальная напряженность, из-за низкой оплаты труда увеличивается степень неудовлетворённости врачей условиями труда, что вынуждает их трудоустраиваться помимо государственного учреждения в несколько частных клиник для осуществления врачебной практики, а порой и вовсе уходить из государственных больниц, делая выбор в пользу негосударственных учреждений.

В начале 2022 года специалистами Левада-центра было выявлено, что более половины россиян считают российскую систему здравоохранения неэффективной [9].

Доверяют системе здравоохранения только 22% россиян (полностью доверяют или доверяют по большей мере), еще 38% россиян отметили, что в какой-то мере доверяют, а около 40% опрошенных не выразили доверия к российской системе здравоохранения. Высокую степень недоверия к системе выражают именно те люди, которые оценивают свое здоровье как слабое.

Что касается доверия конкретно медицинским специалистам, то тут мы видим следующую картину: более 50% респондентов отмечают, что доверяют врачам (чаще других высокий уровень доверия медикам выражают молодежь 18—24 лет (3,75 балла), высокодоходная аудитория (3,63 балла), работники бюджетной сферы (3,51), жители городов-миллионников (3,43 балла)) [10].

2/3 опрошенных считают, что врачи в России не обладают необходимым профессиональным уровнем и что их чаще заботят свои материальные проблемы, а не здоровье пациентов. Например, при проведении интервью медицинских работников Ростовской области, коллеги из г. Ростова-на-Дону выявили, что сами медицинские работники обеспокоены «неоднозначным отношением регионального социума, пациентов и чиновников от здравоохранения. Как минимум каждый третий респондент говорил о большом эмоциональном давлении, неуважении и необоснованной социальной критике со стороны общества и подрыве престижа медицинской профессии в целом» [2, с. 108].

Не доверяя системе здравоохранения, люди не склонны в большинстве своем выразить доверие народной медицине: 16% россиян

считают, что народная медицина может помочь им решить проблемы со здоровьем.

Проанализированный нами материал, показывает, что современное население России в целом не доверяет российской системе здравоохранения, но не отказывается от доверия самим врачам. Недоверие граждан самой системе здравоохранения иногда заставляет пациентов посмотреть в сторону нетрадиционной медицины. Мы полагаем, что отношение населения России к квалификации врачей и их мнение о том, что система здравоохранения является неэффективной, скорее всего выступает неким отражением перекладывания ответственности за свое состояние здоровья на врачей, ожиданием, что врач способен вовремя диагностировать и вылечить. Хотя каждый из нас должен помнить, что предотвратить болезнь легче, чем ее вылечить.

Список использованной литературы

1. Забота о здоровье – базовое исследование (ЗОЗ-бис). URL: <https://media.fom.ru/target/static/zabota-o-zdorovje-bazovoe-issledovanie-2019.pdf>

2. Вялых Н.А. Социальное доверие российского общества к системе здравоохранения: новые смыслы и теоретические основания в период пандемии covid-19 // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2022. №2 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnoe-doverie-rossiyskogo-obschestva-k-sisteme-zdravoohraneniya-novye-smysly-i-teoreticheskie-osnovaniya-v-period-pandemii> (дата обращения: 30.10.2022).

3. Головань С.А., Десятниченко К.В., Шмакова А.Н. Реформирование системы обязательного медицинского страхования в России // The Scientific Heritage. 2021. №72-3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/reformirovanie-sistemy-obyazatel'nogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения: 31.10.2022).

4. Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 08.12.2020 № 430-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_370141/

5. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Погонин А.В. Некоторые итоги реформирования здравоохранения // Социальные ас-

пекты здоровья населения. 2018. №6. URL:<http://vestnik.mednet.ru/content/view/1023/30/lang,ru/>

6. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 11.06.2022, с изм. от 13.07.2022) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2022). URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/7d82d8b73df1f41ddbc132b12ec0575f243c3bb6/

7. Старцев С.В., Рождественская Е.Ю. Как уходят в альтернативную медицину: кризис доверия в коммуникации врача и онкопациента // Журнал социологии и социальной антропологии. 2022. № 25(2). С. 96-126.\

8. Кислицына О.А. Факторы, оказывающие влияние на удовлетворенность россиян системой здравоохранения [Электронный ресурс] // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. Т. 66. № 2. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1152/30/lang,ru/> (дата обращения: 31.10.2022)

9. Доверие системе здравоохранения. URL: <https://www.levada.ru/2022/02/16/doverie-sisteme-zdravoohraneniya/>

10. Врачи: доверие, престиж, доходность профессии. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/vrachi-doverie-prestizh-dokhodnost-professii>

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ – ЭТИКА ЗАБОТЫ

Алиев Н.И., Абдулаева З.Э., Вагабова Н.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра гуманитарных дисциплин, г. Махачкала*

**«Мы не можем добавить дней к жизни.
Мы можем добавить жизни дням».
Анна Федермессер**

**Хоспис — это дом, в котором соединяются
высочайший гуманизм и профессионализм.
Академик Дмитрий Лихачев**

Еще в древние времена люди пытались помочь и поддержать друг друга во время болезни и в преддверии надвигающейся смерти. Умиравшего человека окружала обстановка таинственности и торжественности. Болезнь и смерть были и всегда будут неизбежной частью человеческого опыта. По тому, как общество заботится о детях, престарелых и умирающих, судят о зрелости этого общества. С целью облегчения страданий incurable больного, в том числе умирающего, зародилась паллиативная помощь (и хосписная как ее компонент для оказания помощи в конце жизни).

По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь — комплекс мероприятий, улучшающих качество жизни пациентов с неизлечимыми заболеваниями, а также их семей посредством предупреждения и облегчения страданий, обезболивания, решения физических, психологических и духовных проблем.

На сегодняшний день это понятие расширено и распространяется на пациента/его семью/лечебное учреждение, и фокусируется на оптимальном лечении боли и других симптомов в сочетании с психологической и духовной поддержкой, в соответствии с потребностями, ценностями, верой и культурой пациента и его семьи.

Это не только уход, но и комплекс мероприятий, обеспечивающих контроль симптомов, являющихся следствием самого заболевания, а также развивающихся в процессе специального лечения, связанных с (химиотерапией, иммунотерапией, лучевой) терапией. [1]

Паллиативная помощь умирающим основывается на одном из ведущих принципов врачебной деятельности: врач даже при невозможности излечить больного обязан предпринять все меры для облегчения его страданий всеми доступными и разрешенными способами, причем без всяких условий и прогнозов относительно продолжительности жизни больного.

«Прежняя тактика ведения умирающих больных (продления их жизни во что бы то ни стало), если речь о безусловно безнадежных случаях, теперь трактуется как унижительное для больных, бессмысленное пролонгирование умирания, превращение участи тех, кому выпал “ужасный конец”, в “ужас без конца”. ...Этическая максима безусловного уважения жизни пациента в паллиативной медицине приобретает ...следующий вид: если невозможно прервать или даже замедлить развитие болезни, если больной обречен, качество

жизни, по логике вещей, становится более важным, чем её продолжительность”. [2]

В настоящее время паллиативная медицинская помощь осуществляется в соответствии с идеями концепции качества жизни и предполагает использование в соответствии с конкретной ситуацией экстраординарных и ординарных средств медицинской помощи. Эксперты ВОЗ признали нецелесообразным применять экстраординарные медицинские средства в случаях, когда пациент находится в терминальном состоянии. Это новое понимание гуманного отношения к умирающему пациенту — не использовать имеющиеся в арсенале медицины методы и средства для продления процесса умирания человека, который, как правило, сопровождается физическими и душевными мучениями. Оказание паллиативной помощи не должно оттягивать наступление смерти умирающего человека.

Считается, что выбор между ординарным и экстраординарным мерами медицинской помощи должен осуществляться в соответствии с принципом пропорциональности, согласно которому польза от медицинского вмешательства для больного должна превышать степень причиняемого при этом вреда. Концепция разграничения ординарного и экстраординарного лечения и исторически, и как таковая лежит в основе философии современной паллиативной медицины, призванной способствовать реализации права человека на достойную смерть. К сожалению, не только в широких кругах, но даже и среди медицинских работников существует несколько искаженное представление о сущности паллиативной помощи.

Благодаря наличию четких критериев возможно не только определить, какой пациент может получить дополнительную пользу от обращения за паллиативной помощью, но и обеспечить адекватную сопроводительную терапию во время активного лечения. Для этого они должны соответствовать хотя бы одному из нижеприведенных критериев: метастатический рак с прогрессией заболевания после 1-й линии лечения; общее состояние по шкале ECOG ≤ 2 ; ургентная онкологическая ситуация или незапланированная госпитализация; острые или неконтролируемые симптомы; анорексия, электролитные нарушения; наличие выпотов (плевральный, перикардиальный, свободная жидкость в брюшной полости и т.д.); умеренно выраженный или тяжелый психологический либо экзистенциальный дистресс; социальные обстоятельства. [3]

На сегодняшний день специальность «паллиативная помощь» выделена во многих странах, а процесс обучения занимает от 12 недель (в Румынии) до 4 лет (в Великобритании). В таких странах, как Канада, Франция, Польша, Венгрия, Финляндия, средний срок программы специализации по паллиативной помощи составляет 2 года. Специалисты паллиативной помощи должны обладать определенным набором знаний.

Существует перечень навыков для специалистов паллиативной помощи: контроль болевого синдрома и различных симптомов, ассоциированных с основным заболеванием; базовое лечение депрессии или тревоги; базовое обсуждение прогноза заболевания, целей лечения, предупреждения страданий; содействие в разрешении конфликтов (между членами семьи пациента, между пациентом и медицинским персоналом) с учетом целей и методов лечения.

Лечение пациента вопреки четко изложенным решениям в отказе от лечения влечет за собой гражданскую/криминальную ответственность, но за пациентом сохраняется право, пожелания касательно объема его обследования и лечения, отказаться от некоторых видов терапии, даже если это представляет угрозу его жизни и может привести к уменьшению ее продолжительности. Если пациент не в состоянии принимать решения, клинические решения должны приниматься в его интересах, по согласованию с семьей, врачебным консилиумом.

Наиболее полно принципы современной паллиативной медицины применяются в хосписах. Слово «хоспис» английского происхождения и означает странноприимный дом, дом умиротворения. Они существовали ещё в средние века при монастырях, где умирающие люди могли найти последнее убежище. В 1905 г. в Лондоне был открыт приют св. Христофора, в котором основное внимание уделялось помощи умирающим. Начиная с конца 40-х годов в таких приютах интенсивно накапливаются научно-медицинские знания и практический опыт по оказанию квалифицированной, действенной помощи умирающим.

Основная заслуга в создании хосписов современного типа принадлежит англичанке Сесилии Сондерс. Философия хосписного дела стала складываться у неё ещё в 1947 г., когда, испытывая затруднения в общении с одним из своих пациентов — Дэвидом Тасмой, страдавшим неизлечимым онкологическим заболеванием, она ре-

шила сказать ему правду. С. Сондерс подчеркивала, что необходимо прежде всего обратить внимание на пациента, а не на его болезнь, и впервые представила концепцию «совокупной боли», что включает в себя не только физическую боль, но и психологическую, и душевную. [4]

На протяжении многих лет сторонникам С. Сондерс приходилось и приходится преодолевать множество препятствий, среди которых — профессиональная черствость по отношению к терминальным больным и табу на открытое обсуждение проблемы умирания как среди медицинских работников, так и в обществе в целом.

В России первый хоспис был открыт в 1990 году в городе Санкт-Петербурге по инициативе английского журналиста В. Зорза и врача-психотерапевта А.В. Гнездилова при активной поддержке общественности, в частности, академика Д.С. Лихачёва и писателя Д.А. Гранина. [5]

Касаясь темы повышения уровня оказания такой помощи, Дагестан вошел в число пилотных регионов России, для которых не только создаётся индивидуальная программа развития паллиативной помощи, но и обеспечивается ее сопровождение. «Это одно из тех немногих мест в стране, где не нужно никого обучать философии паллиативной помощи. Забота о пожилых, немощных, вообще забота здесь часть культурного кода», — отметила А. Федермессер. Согласно традициям Дагестана, все тяжелобольные пациенты обязательно проживают последние дни дома. Люди стараются забрать домой даже родственников с психическими заболеваниями — тех, кого из-за уклада общества стараются не афишировать». [6]

Список использованной литературы:

1. Паллиативная медицинская помощь: от истоков до современности. <https://medvestnik.by/konspektvracha/palliativnaya-meditsinskaya-pomoshch-ot-istokov-do-covremennosti>

2. Паллиативная помощь: история, состояние сегодня, перспективы <https://cyberleninka.ru/article/n/palliativnaya-pomosch-istoriya-sostoyanie-segodnya-perspektivy/viewer>

3. Планирование и оказание услуг паллиативной помощи: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/383463/palliative-care-guide-rus.pdf

4. Паллиативная медицина: цель, задачи, проблемы. <https://studfile.net/preview/5134957/>

5. История создания хосписов <https://www.hospicefund.ru/manual/istoriya-sozdaniya-hospisov/>

6. Эксперимент по развитию паллиативной помощи <https://tass.ru/obschestvo/6919406>

ПРЕДМЕТНАЯ ОЛИМПИАДА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ

Шихнебиев Д.А., Шамов З.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Важнейшим компонентом совершенствования качества подготовки специалистов является участие студентов в состязательных мероприятиях, в частности в предметных олимпиадах.

Предметные олимпиады помогают выявить наиболее способных студентов, пробуждают у них интерес к изучаемой дисциплине, стимулируют желание изучать дополнительную литературу по данной дисциплине, готовят к будущей деятельности и формируют активную жизненную позицию. На олимпиадах студент может сравнить свой уровень знаний, выявить пробелы в них и в последующем в процессе продолжения учебы устранить их. Систематически принимая участие в таких состязаниях, студент преодолевает страх перед экзаменами, что в будущем поможет ему справиться с волнением в ходе написания итоговых аттестаций.

Необходимо отметить, что предметная олимпиада – не только средство, фактор и образовательная среда личностного развития студентов, она также является мощным средством этического воспитания студентов. Во время состязаний она приучает студента к коллективному творчеству – работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами и руководством, соблюдая при этом этические нормы. Кроме того, предметная олимпиада помогает студенту понять, что прочные знания и творчество тоже дают возмож-

ность заработать, но процесс этот будет происходить честно, поэтапно, не нарушая принципов морали.

Предметная олимпиада создает условия и для личностного и профессионального роста преподавателей, которые участвуют в ее подготовке и проведении. Совместная деятельность в ходе олимпиады обеспечивает здоровое взаимодействие между преподавателями и студентами, способствует передаче и закреплению накопленного в процессе работы опыта, создает возможность установить личностный контакт и заинтригованный диалог между представителями различных поколений.

С прошлого учебного (2021/2022 гг.) года нами проводится олимпиада по пропедевтике внутренних болезней. Олимпиада проводится в 3 тура.

На 1-ом туре команды (каждая команда состоит из 4-х человек) по очереди отвечают на вопросы ведущего (вопросы составлены в виде тестов), соревнуясь между собой в знании предмета и умении быстро находить ответы на сложные вопросы по пропедевтике внутренних болезней. В данной части олимпиады важным воспитательным моментом является отбор участников и его принципы. К участию допускаются все желающие попробовать свои силы, невысокие баллы по дисциплине не являются абсолютным ограничением – в процессе работы на олимпиаде человек должен самостоятельно понять свою недостаточную подготовленность по предмету. Это является мощным воспитательным моментом, который не может быть силой навязан студенту путем его недопуска к олимпиаде.

Второй тур продолжают 6 лучших команд. Здесь командам предстоит за 10 минут выполнить 4 задания: первое задание: «Аускультация» (за столы участников организаторами выносятся ноутбуки для прослушивания записанных в них шумов). Команды прослушивают аускультативную картину больного в наушниках и описывают ее; второе задание: интерпретация «ЭКГ», и на её основании сделать вывод о заболевании; третье задание: «Облако терминов», задача студентов – объяснить смысл перечисляемых ведущим сложных терминов из курса пропедевтики; четвертое задание: «Задача» – студентам предстоит ответить на вопросы по простой клинической ситуации. На данном этапе развивается творческая, поисковая активность, умение находить нетрадиционное в обычных, изученных, на первый взгляд, процессах.

На заключительном третьем туре участвуют 3 лучшие команды. Этот этап проходит в формате игры «Своя игра». В этом туре воспитательные аспекты выражены значительно сильнее всего. Студент должен не просто раскрыть тему, к нему предъявляются высокие этические требования. Недопустимость дословного копирования материала источника; наличие собственной позиции; нравственная дискуссия – принципы, которые воспитывают идейность и толерантность, научную ориентацию и культуру специалиста. Это – единственный тур, проводимый публично, когда участники выступают перед коллегами.

Оценка каждого участника на олимпиаде производится честными и справедливыми членами жюри, состоящего из числа авторитетных профессоров и преподавателей: оцениваются правильность и доходчивость ответа, культуру поведения каждого участника, его умение вести дискуссию и заинтересовывать.

По окончании олимпиады объявляются победители. Студенты от команды-победительницы освобождаются от экзамена. Остальные участники должны понимать, что, если они не набрали соответствующее для победы количество баллов, то это их собственные недоработки, и не должны списывать это на товарищей или преподавателя. В дальнейшем студент научится более адекватно оценивать свои способности.

При проведении олимпиады серьезно нужно относиться к этическому аспекту – нарушение студентом правил поведения и неуважение к коллегам и преподавателям. Если студент регулярно получает подобные замечания, это делает невозможным его участие в олимпиаде.

Таким образом, предметная олимпиада помогает выявить нестандартно мыслящих студентов, направить их в творческое, нравственное и деловое русло. Она также является мощным средством этического воспитания студентов, развивает отношения между студентами, которые имеют такие же интересы.

ПРОБЛЕМА ТЕОРИИ В МЕДИЦИНЕ

**Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А.,
Мусаева Ш.М., Багомедова Н.В.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Современный культурный и научно-технический прогресс, сверхдинамичное развитие медицинской науки и практики, биотехнологии в мировом здравоохранении – все это поставило перед философской мыслью новые морально-этические вопросы. В этой связи представляется важным философское осмысление нравственных оснований вступления ученых и врачей на нетрадиционные участки медицинской науки и практики.

Генезис морально-этических взглядов в естествознании и медицине начался очень давно – за четыре тысячелетия до нашей эры. Уже тогда высоко ценилась морально-этическая сторона воздействия на больного. Так, в Месопотамии высокий уровень врачебной этики поддерживался не только значительными размерами вознаграждения медиков за их труд, но и системой строгих наказаний, которые применялись по отношению к врачу, нарушающему врачебный этикет. В Древней Персии медикам законодательно предписывалось не только постоянно овладевать профессиональными навыками, но и вырабатывать в себе этические качества: умение выслушивать больного, быть к нему предельно внимательным и т.д.

Среди заповедей древней медицины, дошедших до наших дней, одно из первых мест занимает призыв великого греческого врача и мыслителя Гиппократ «не навреди», обращенный ко всем медикам. Вся история человечества убеждает в том, что развитие медицинского искусства находится в прямой зависимости от образованности и воспитанности людей, уровня общей культуры народа, нравственных принципов справедливости в обществе. А справедливость, согласно Цицерону, заключается в том, чтобы «никому не вредить и приносить пользу».

Упадок греческой и римской философско-этической культуры сопровождался долгим периодом застоя и в медицинской теории и

практике. Возможно, что морально-этические аспекты медицины практически во всех великих философских системах прошлого характеризуются двумя особенностями: доктринальностью и назидательностью. Доктринальность любой этики означала, что последняя является составной частью общей философско-моральной системы. Примером именно такой этики могут служить учения Гиппократ и Галена. В них уже имела место этико-философская направленность воззрений в сфере медицины. Доктринальность и назидательность медицинской этики воплощались в соответствующей нормативной системе, содержанием которой стала целостная программа нравственного поведения врача.

В девятнадцатом веке врач и писатель В.В.Вересаев писал «...Как это ни печально, но нужно сознаться, что у нашей науки до сих пор нет этики... Необходима этика в широком философском смысле... Узкие вопросы врачебной практики, прежде всего должны решаться именно с философской точки зрения, и только в этом случае мы сумеем, наконец, создать настоящую медицинскую этику».

Если внимательно посмотреть на историю развития мыслительного акта в медицине, то бросаются в глаза три этапа диалектической взаимосвязи философии и медицины: натурфилософский, начиная с времен античности (Аристотель, Гиппократ, Гален), механистический – с эпохи Нового времени (Бэкон, Декарт, Локк, Парацельс), целостный (междисциплинарный) – нашего времени. Во всяком случае, на всех уровнях функционирования медицинской мысли на нее периодически воздействуют те или иные философские системы. Они как бы корректируют и гармонизируют научный уровень мышления и образ медицинского познания, которые всегда связаны с естественно-научным и гуманитарным способами определения правильного, то есть здорового образа жизни отдельных людей и общества в целом.

При различении уровней познания в медицине обычно отмечаются два: эмпирический и теоретический. Причем эмпирическое не сводится к чувственному, так как оно обязательно включает в себя логическое (рассудочное), однако на базе чувственных данных. Уже на эмпирическом уровне познания в медицине приходится упорядочивать необходимые и случайные факторы в поведении объекта, отвлекаться от несущественного, нацеливать наблюдение или эксперимент на поиск существенных свойств и зависимостей в изучаемых

объектах. Вместе с тем следует признать, что только многоплановая разработка теории в медицине дает жизнь всему богатству форм и видов медицинской деятельности. Поэтому всегда есть необходимость в философском переосмыслении понятийного аппарата, наработанного на протяжении тысячелетий, в построении строгой современной системы диалектической взаимосвязи медицинских представлений, категорий и понятий, в выработке нового стиля научного мышления у врачей – специфического, предметно-понятийного. Это постепенно приводит к достижению качественно нового уровня овладения принципиально иным способом клинического мышления, что, несомненно, должно сказаться на развитии и сугубо медицинского способа познания человека. Ведь мышление врача оперирует не только представлениями, но понятиями. Система медицинских представлений и понятий предполагает особый синтетический способ умственной деятельности медицинанной сущности.

Теоретическая деятельность врача есть переработка созерцания в представления, а затем в понятия. Последние придают медицинской теории некую целостность, мыслительную конкретность. Только на теоретическом уровне познания в наиболее концентрированном виде предстают все отличительные черты медицинского знания.

Многие считают, что разобщенные экспериментальные данные еще нельзя считать достоверным научным знанием. Необходимы связующие их цепи – законы, теории, идеи или хотя бы гипотезы. Это обусловлено природной сложностью процессов саморазвития живого организма и человеческого в особенности, а, следовательно, современная теоретическая медицинская наука остро нуждается в философской – методологической ориентации при проведении экспериментов и последующей критической обработке их результатов. Эмпирическое медицинское знание позволяет фиксировать процессы, явления и связи между ними. Теоретическое же знание дает возможность понимать факты, выделять их из общих наблюдений, вскрывать общую сущность (основу) определенных явлений, отвечать на вопросы о том, почему и каким образом происходят те или иные процессы в организме человека. Медицинский работник сегодня уже не имеет права быть чистым эмпириком. Именно поэтому в настоящее время так остро стоит задача совершенствования теоре-

тической подготовки медиков, развивая у них философскую культуру мышления.

Теория медицины – это основа научного исследования как совокупность определенных правил, приемов, и норм познания вообще. В самом общем значении – это способ достижения намеченной цели посредством заранее определенного познавательного замысла. Теория медицины неразрывно связана с выдвижением новых концепций, гипотез. Познавательная деятельность ученого-медика предполагает многообразие ее видов и широкий спектр теорий, которые могут быть классифицированы по самым разным признакам.

Среди множества теорий выделяют научные и ненаучные, которые, в свою очередь, разделяются на эмпирические и умозрительные. Чтобы создать научную теорию, способную верно описать медицинскую реальность, необходима и строгая логика эмпирии, и философски осмысленная концепция. Необходимо признать, что эмпирическое (опытное) знание является не только историческим предшественником теоретического, но и непосредственным источником исходных данных для теоретического обобщения и философского осмысления.

Опираясь на философскую методологию, каждая наука вырабатывает внутри себя и на собственном материале свой метод мышления. Не являются исключением и медицинские науки. В них работает многоуровневая система методологического знания. Она опирается на три основные группы методов: философские и общенаучные методы – это совокупность наиболее общих приемов исследования, применяемых в научном познании. Та, в работах отечественных клиницистов, патологов сформулированы основы видения проблемы гомеостаза (постоянство внутренней среды), а отсюда – феномен здоровья и болезни; предприняты попытки обосновать понимание последних как диалектического единства противоположности. Существующая на сегодняшний день научная система базируется на критическом осмыслении философской, то есть специфической, предметно-понятийной сферы деятельности врача, охватывающей все процессы течения и исцеления болезни.

Сегодня моральные требования в медицинской среде радикально изменились. Причиной тому служат новые медицинские технологии – генная инженерия, трансплантология, искусственное оплодотворение и другие. Немало острейших философско-этических

проблем порождают современные биомедицинские эксперименты, проводимые на животных, клонирование. Эти технологии опередили развитие традиционной морали и научной этики.

Поэтому мировая общественность вынуждает вырабатывать принципиально новые этические принципы и критерии нравственных оценок в медицине и науке, создавать новые моральные контрольные структуры, действие которых должно быть направлено на объяснения безопасности для каждого члена общества новых технологий.

Список использованной литературы:

1. Саркисов Д.Ю. Философия в системе медицинского образования. Клиническая медицина, 1999, № 1, 21 с.
2. Совещание по философским проблемам современной медицины. Москва, 1998, 187 с.
3. Вопросы философии, 2001, №1, 7с
4. Введение в биоэтику. Уч. пос., М.- 1998, 260 с.
5. Чуваков В.И. Здравоохранительная деятельность: социокультурные и методологические проблемы. Новосибирский университет, 1991.184с.
6. Решетников А.В. Социология медицины, 2002.976 с.
7. Уайтт Д. На грани жизни и смерти. Проблемы современного здравоохранения в свете христианской этики. пер. с англ., изд. «Мир», 2003, С. 359.
8. Философские проблемы медицины и биологии: Республиканский межведомственный сборник, МЗ УССР. Киев, Здоровья, 1989, 126 с.
9. Философия и медицина. Под. ред. В.Д. Серапонтов, А.А. Корольков, ЛГУ, 1986, 212 с.

ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА

**Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Газиева Э.М.,
Мурзаев П.А., Камилова С.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения,*

Медицинская этика охватывает более широкую сферу нравственных отношений, чем деонтология. Это более методологическое понятие, тогда как деонтология – в большей степени, чем этика, понятие методическое, она имеет дело главным образом с выполнением медицинским персоналом морального долга перед больным, обществом, коллегами. Это сфера должного, т.е. «разного рода требования, обязанности, распоряжения, поручения и т.д., которые определяют, кем должен быть человек и что он должен делать» [2]. Нет необходимости доказывать, насколько важное значение имеют эти императивные требования в медицине и правильное их использование в лечебно-профилактической работе.

Но деонтология специально не рассматривает вопросы добра и зла в медицине, достоинства и авторитета врача, медицинской сестры, их чести и совести. Деонтология, можно сказать, прикладная, нормативная часть медицинской этики, она теснее связана с профилактикой, клиникой, врачеванием, непосредственным общением с больным и ориентирована на выполнение медицинскими работниками нравственного долга и таких элементарных норм морали, как правдивость, скромность, доброта, честность, внимание, чуткость и др., которые являются основой долженствования в медицине.

Будучи отражением медицинской этики, деонтология оказывает существенное влияние на все стороны функционирования здравоохранения и нравственную позицию врача и в этом смысле выступает как важнейшее звено в медико-этическом знании. Не случайно в литературе значительное внимание уделяется именно деонтологической проблематике медицинской этики, ибо проблема долга и долженствования в медицине есть в известном смысле «концентрированное выражение гуманистической деятельности медицинских работников. Выполнение долга в медицине требует больших усилий, знаний и практического опыта, самоотверженности и внутренней убежденности.

Моральный долг, будучи общеэтической категорией, рассматривается как общественная и личная необходимость, выраженная в таких формах ее реализации, которые определяются обществом, коллективом, и соответствует внутренним убеждениям человека. Долг – это проявление исторической необходимости, которая за-

ставляет людей выполнять определенную, иногда тяжелую, обязанность ради достижения общественного и личного блага. При этом человек должен воспринимать долг не только как внешнее веление, но и как внутреннее побуждение. Выполнение долга предполагает твердость убеждений, нравственную воспитанность человека.

Выполнение врачом своего долга есть выражение его активной жизненной позиции, определяющей деятельность, направленную на охрану и укрепление здоровья человека как личной и общественной ценности. В связи с этим необходимо сказать, что долг врача «работает» лишь в том случае, если он стал его личным убеждением. Единство моральных предписаний и убежденности придает врачебному долгу личностный смысл.

Проблема врачебного долга органически связана не только с убежденностью, но и с высокой мерой ответственности. Внутренняя связь ответственности и долга в деятельности врача определяется сложностью ситуаций и множеством путей выбора лечебных воздействий. В каждой конкретной обстановке перед врачом встает задача выбора оптимальных методов и средств лечения. Причем этот выбор в принципе всегда осуществляется на грани возможного и должного, на пути сложного взаимодействия объективных возможностей больного и лечебных возможностей врача с учетом специфики медицинской деонтологии.

Выполнение врачом профессионального долга нельзя противопоставлять общественному долгу. Врачебный долг органически сочетается с целями и задачами всего общества. И несмотря на то, что клиническая деятельность врача обращена к отдельному человеку, она в то же время решает большие социальные задачи, главной из которых, является всестороннее развитие личности. Гармоническое сочетание личных и общественных интересов в нашем обществе дает врачу возможность находить оптимальные пути реализации своего долга. Известно, что во взаимоотношениях с больным врач осуществляет функцию социального контроля и управления жизнедеятельностью людей. При этом врач обязан не только считаться с личностными установками и ориентациями больного, но и влиять на них в нужном направлении [1].

Проблема долга в медицинской этике в условиях научно-технического прогресса наполняется новым содержанием. Взаимоотношения врача и больного в настоящее время, как правило, опо-

средуются техническими средствами. Технизация медицины, диагностическая аппаратура, лабораторно-инструментальные исследования «размывают» непосредственную связь врача и больного, что создает реальную опасность подмены клинического мышления машинным. А это в свою очередь может привести к известной психоэмоциональной отчужденности между врачом и больным.

Техническая оснащенность медицины неизбежна, она составляет необходимый материальный базис лечебной деятельности, условие прогресса здравоохранения. И если техника выступает для медика в качестве дополнительного инструмента и стимула его клинической работы, то ее применение вполне оправдало и по гуманистическим, и по профессиональным соображениям. Но если она превращается в единственный фактор диагностики, а ее сила – во всеилие, то в этом случае возможны серьезные нарушения медицинской этики. Следовательно, диагностическая аппаратура – неременный помощник врача в сборе, хранении и использовании информации.

Возрастающее значение деонтологии в настоящее время определяется и другими моментами. Социологический анализ естественных и социальных последствий технического прогресса говорит о возросшей психоэмоциональной напряженности во взаимоотношениях между людьми. Перед психологами, социологами, врачами встает задача целостного и всестороннего изучения духовного мира личности, ее психики и путей адаптации к новым условиям.

Эмоциональная напряженность, различного рода конфликтные ситуации и трудности адаптаций, обусловленные НТР, требуют обратить самое серьезное внимание на медико-психологические аспекты деонтологии. Со всей остротой стоит вопрос о всестороннем изучении личности больного как продукта истории общественного развития и как конкретного субъекта с его сложившимися в течение жизни индивидуальными особенностями. Знание психологии дает возможность врачу не только найти путь к более тесному контакту с больным, но и снизить число врачебных ошибок.

При рассмотрении проблем врачебного долга необходимо учитывать и то, что современный больной коренным образом изменился с точки зрения общей культуры и знаний о состоянии своего организма. А это в свою очередь вносит соответствующие моральные коррективы во взаимоотношения между врачом и больным. Цен-

ностные характеристики, с которыми подходили врачи к своим пациентам в прошлом, неприменимы в настоящее время.

Компетентность людей в области медицины обуславливает специфический подход врача к больному. Эрудиция в медицинских вопросах, с одной стороны, имеет положительное значение, ибо, зная особенности своего организма, люди правильно могут организовать режим труда, отдыха и питания, т.е. гигиеническое поведение и здоровый образ жизни. С другой стороны, в этих условиях возможны самолечение, злоупотребление лекарственными препаратами, пренебрежительное отношение к врачебной помощи.

Врач должен научить больного переживать свое состояние в новых условиях. В морально-психологическом и педагогическом плане важно убедить больного в существовании больших резервов организма и психики, субъективно настроить его на рациональное использование этих резервов путем организации здорового образа жизни. Не менее важной проблемой деонтологии, которая решается в тесной связи с педагогической наукой и этикой, является воспитание личности больного и здорового в плане осознания того, что охрана психического здоровья является моральным долгом человека, показателем его нравственной культуры.

В медицине существует множество правил и положений, наполненных гуманистическим содержанием: «лечить не болезнь, а больного», «не вреди», «врачебная тайна» и др. При их исполнении врач нередко сталкивается с серьезными трудностями, ищет оптимальные пути их преодоления. Издавна в медицине существует принцип «не вреди», приписываемый Гиппократу. В условиях технизации медицины значение его намного возросло, поскольку технический прогресс предоставляет врачу возможность более активного вмешательства в природу человека, что связано с риском нанести ему вред [3].

Жизненные противоречия во всех подобных ситуациях в медицине и их разрешение заключаются и в том, что правилами и нормами медицинской деонтологии нельзя пользоваться автоматически, без учета конкретных условий и творческого подхода. Жесткое, механистическое применение этих норм может «загнать» врача в такие тупиковые ситуации, которые подорвут основу самого принципа «не вреди». Познавательная и практическая ценность врачебной деятельности в этом случае будет сведена к шаблонным, стан-

дартным действиям, которые принесут не пользу, а вред. Следовательно, правила деонтологии нельзя абсолютизировать, а главное их надо применять разумно, конкретно, оставляя возможность для морального выбора и творческого поиска.

С другой стороны, если где-то и почему-либо в здравоохранении нарушается это естественное чуткое и доброе отношение, человек сразу же и в несравненно большей степени, чем при других обстоятельствах, ощущает обиду и боль. Зло в медицине также имеет свое лицо и оценочное содержание. Моральные издержки от проявлений грубости по отношению к больному слишком велики и коварны. Непримируемое общественное осуждение их – вот самая скромная цена безнравственности в медицине.

Сказанным выше не исчерпываются нравственные проблемы врачебного долга в современных условиях. Нравственный долг медицинских работников распространяется и на решение таких важных задач, как преодоление социально-гигиенических противоречий в сфере труда, укрепление семейного уклада и медицинское обоснование демографической политики, воспитание у трудящихся экологической культуры, проведение продуманных мероприятий в области пропаганды здорового образа жизни и др.

Список использованной литературы

1. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению /Под редакцией В.З. Кучеренко. Учебное пособие. – М.: ОАО «издательство «Медицина», 2010. – 464 с.
2. Лисицын Ю.П. Медицина и гуманизм. /Ю.П. Лисицын, А.М. Изуткин, И.Ф. Матюшин. – М.: Медицина, 1984. – 280 с.
3. Смольняков А.И. Особенности взаимоотношений врача и больного в условиях НТР. – В кн.: Этико-психологические проблемы медицины /Под ред. К.К. Платонова и др. – М.: Медицина, 1978. – С. 143-162.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Гамидова З.Ш., Магомедов Г.Н.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский

*университет» Минздрава России
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии с усовершенствованием врачей, г. Махачкала*

Медицинская этика – это система принципов, которые помогают принимать решения в медицине и выстраивать отношения с пациентами, их родственниками, медработниками и другими участниками медицинского процесса.

Профессиональная этика – это совокупность моральных норм, которые определяют отношение человека к профессиональному долгу.

Профессиональное общение должно быть этичным. Сопереживание, участие – это важный прием, который помогает врачу расположить пациента к себе.

Еще в начале прошлого века известный врач-писатель В. Вересаев писал: «Нет ни одной науки, которая приходила бы в такое непосредственно-близкое и многообразное соприкосновение с человеком, как медицина».

Основные принципы этики для медработников сформировал Гиппократ еще две с половиной тысяч лет назад. «Клятва Гиппократа» провозглашает, что цель медицины является именно лечение больного. Главный принцип ее всем известен: «Не навреди!»

Медицинская этика гласит, что врачу следует быть высококвалифицированным специалистом, а деонтология помогает видеть в больном человека и уважать его права.

Традиционные правила взаимодействия доктора и пациента могут измениться со временем под влиянием новых этических принципов, но их суть то самое «не навреди» сохраняется всегда. Профессиональная этика помогает специалисту избежать ошибок, выбрать наиболее высокоморальную линию поведения.

Правила этики требуют постоянного совершенствования формы общения с пациентом, умение найти контакт. Система профессиональных отношений медработника в условиях современной медицины включает в себя разнообразные типы взаимосвязей, как с отдельными личностями, так и различными социальными группами.

Взаимоотношения между пациентами и медицинскими работниками, складывающиеся в процессе лечебно-диагностических мероприятий, часто приобретают характер интимности, т.к. медработ-

ник вторгается в области жизни человека, которые скрываются от других людей. В связи с этим, могут формироваться как доверительные отношения, способствующие наиболее эффективному лечению. Деятельность современного медицинского работника требует от него высокого уровня личной профессиональной ответственности. Профессиональная ответственность медицинского работника – явление сложное, включающее в себя и моральную, и административную, и правовую ответственность.

Принцип «не навреди» стал для медиков основополагающим этическим требованием в их профессиональной деятельности. «Есть больные, которым нельзя помочь, но нет больных, которым можно навредить. Известное выражение: «Слово лечит, но слово может и калечить». Нередко ятрогенное влияние оказывают неосторожные высказывания, комментариев врачей или других медицинских работников о характере имеющихся у больного изменений, возможно в диагнозе, прогнозе заболевания.

Соблюдение медицинской тайны способствует и созданию атмосферы доверия во взаимоотношениях между медицинским работником, пациентом и его родственниками. Наибольший вред пациенту наносит нарушение конфиденциальности информации о жизни и здоровье пациента. Основу принципов этических норм составляет нормы сохранности конфиденциальной информации, утвердившиеся в биомедицинской этике.

Список использованной литературы:

1. Вересаев, В.В. Повести и рассказы. Записки врача / В.В. Вересаев. - Кишинев, 1983. - С. 210,640;
2. Ригельман Р. Как избежать врачебных ошибок: Книга практикующих врачей / Р. Ригельман / Пер. с англ. - Москва: Практика, 1994. -109 с.;
3. Гусейнов А.А. Апресян Р.Г. Этика. Феникс, 1998.- С.303

«ЛИЧНЫЙ БРЕНД» ИЛИ «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ БРЕНДЛИНГ»

Прокопец И.О.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

«Личный бренд» - это узнаваемость конкретного человека, причём не повсеместная популярность, а его вес в конкретной профессиональной нише.

Три самые популярные сегодня стратегии персонального брендинга:

- 1) персональный брендинг, как личностный рост и саморазвитие;
- 2) как имиджирование и косметика для индивидуальности;
- 3) как маркетинг популярности.

Какое время - такие и тенденции входят в моду. Они становятся объектами нашего не всегда адекватного интереса и заботы. Один из таких интеллектуальных «фетишей» нашего времени - «персональный бренд», который востребован сейчас, практически всеми и не только в бизнесе, но и на рабочем месте (офис, гос.служба, больничное отделение, институт).

«Бренд» - маркетинговый термин, который применяется по отношению к торговым маркам (товарам или производящим их компаниям), обладающим высокой символической ценностью в глазах потребителей. Главное назначение бренда - продавать продукт дороже (чем он на самом деле стоит), опираясь на потребительское доверие.

В повседневной жизни термин «персональный бренд» («Я-бренд», «человек-бренд» и т.п.) - это некий символический ореол, повышающий «продажную стоимость» человека. В XXI веке речь идёт о стоимости профессионала на рынке труда. Персональный бренд - способ казаться более дорогим специалистом, претендовать на более высокую заработную плату.

Специалистами делается попытка найти рациональное зерно во всём этом многообразии, и сконцентрироваться на том, что действительно работает.

Что из себя представляет этот термин? Однозначного ответа здесь нет, т.к. каждый гуру персонального брендинга предлагает разные пути построения «персонального бренда».

Автор статьи выделяет три стратегии персонального брендинга:

- а) профессиональное развития;
- б) косметическая;
- в) звёздно-фрилансерская.

Первым шагом персонального брендинга является банальное планирование своей карьеры. Чем конкретнее будут карьерные планы - тем лучше. В идеале, работнику надо иметь чёткое представление о том, в какой именно организации или компании, на какой именно должности, с каким окладом он хотел бы работать. Желательно иметь несколько альтернативных вариантов карьерных планов, допускающих варьирование будущей организации, должности и т.д.

Во-вторых, только после того, как мы сформулировали план нашей карьеры, мы начинаем думать о том, какие именно ходы должны привести нас на заветную запланированную должность. Причем, если посмотреть на ситуацию без пафоса и хитрой терминологии «персонального брендинга», то многие из этих ходов связаны не с символическим ореолом бренда, а с нашими реальными профессиональными достижениями и уровнем квалификации.

Для любого работодателя в первую очередь важны наши реальные достижения и компетенции, а не облик. Важен уровень задач и проблем, которые мы способны эффективно решать в качестве профессионала. Если мы желаем повысить нашу привлекательность и стоимость на рынке труда, то необходимо заниматься не столько личностным ростом, сколько профессиональным. Важно иметь не прекрасно оформленную внешность, а прекрасно развитые профессиональные навыки.

С профессиональным совершенствованием всё сравнительно просто. Если мы чётко представляем, в какой организации и на какой должности нам хотелось бы работать, то можно найти сведения о том, какие именно требования предъявляет будущий работодатель к подобным должностям. Далее остаётся только много учиться и много работать, чтобы по возможности хоть немного превзойти тот профессиональный уровень, который необходим для получения работы вашей мечты.

То есть, лучший персональный брендинг – это высокий профессионализм, чем бы вы не занимались. В построении карьеры существует «подводный камень». Если вы работаете в коллективе, среди людей то здесь неизбежно возникают отношения между коллегами по работе. Любой работник вынужден постоянно выбирать между ориентацией на отношения и ориентацией на дело.

Выбор ориентации на отношения - это всегда большой риск. Результатом такого выбора является полноценное включение сотрудника в коллектив. Он становится «своим», принимающим неписанные ценности и нормы организационной культуры. Но риск заключается в том, что сама оргкультура может содержать в себе доминирующие негативные ценности.

Хорошо адаптированный в коллективе сотрудник может иметь высокий неформальный или даже формальный статус, и лояльно настроенные по отношению к нему коллеги будут всячески поддерживать его статусность, в т.ч. профессиональную. Но если в организационной культуре доминируют негативные ценности, это может привести к тому, что у конкретного специалиста сформируется иллюзорный профессиональный статус. Среди дружелюбно настроенных коллег специалист чувствует себя «звездой», не испытывая особой потребности в дальнейшем профессиональном развитии. Но стоит ему продемонстрировать свои профессиональные навыки в другой организации, его завышенная профессиональная самооценка рассыпается, как карточный домик.

Истинные профессионалы, как правило, ориентированы только на дело и недооценивают важность межличностных отношений. В любом трудовом коллективе наиболее сильные профессионалы - это почти всегда плохо адаптированные к коллективу люди. Они мало общаются и не дружат с коллегами не из-за высокомерия, а потому, что они слегка «не от мира сего». Они настолько погружены в дело, настолько поглощены интересными задачами и решаемыми проблемами, что роскошь человеческого общения для них не является приоритетом.

Им интересно общаться с коллегами только по делу в процессе решения трудовых задач. Им интересно общаться с коллегами, равными им по уровню знаний, или в чём-то превосходящими их самих в профессионализме. Им редко, когда интересны светские разговоры о погоде, моде и кто как провёл выходные. Они ценят деловые

отношения, ведущие к чётким результатам, и избегают бесполезных сантиментов.

Бывают и такие профессионалы, кто очень удачно сочетает в себе и высокую ориентацию на дело, и сильную ориентацию на отношения. Но таких немного.

Можно усердно развивать в себе духовность, можно повесить на себя модные аксессуары, можно писать много умных статей в специализированной прессе, но насколько результативными будут все эти усилия?

Очевидно, что всё перечисленное не является прямым путем построения персонального бренда. Это запутанный и долгий путь.

Что же будет являться прямым путём для построения эффективного персонального бренда?

Ответ: отношения. Точнее, умение профессионала выстраивать, развивать и поддерживать отношения с теми людьми, которые способны понять и правильно оценить уровень его профессионализма. Важно, чтобы эти люди были из внешней среды, а не только коллегами по работе. Важно планомерно обрести подобными отношениями, неуклонно наращивая свой социальный капитал.

То есть, лучший способ верификации (подтверждения высокой ценности) вашего персонального бренда - это положительные оценки вашего профессионализма со стороны компетентных и авторитетных специалистов.

Вот именно здесь и кроется основное противоречие: истинные профессионалы могут быть самодостаточны и совершенно не заинтересованы в межличностных отношениях, в то время как наиболее прямой путь «персонального брендинга» для специалистов - именно отношения. И именно здесь скрывается ответ на главный вопрос «При чём тут психология?» Искусство построения отношений - это уже вотчина психологии.

При этом важно понимать, что развитие ориентации на отношения не является чисто технической задачей, которую можно решить с помощью сетевых или поверхностных коммуникативных приёмов. Важно глубокое понимание эмоциональной динамики отношений, их этической стороны.

В основе косметической стратегии персонального брендинга лежит идея «тюнинга» (улучшения, украшения) внешних проявлений нашей индивидуальности. Личность как бы приобретает новую

привлекательную упаковку, обёртку - в виде хорошо подобранной модной одежды, стильных аксессуаров, светских манер и т.п.

В рамках косметической стратегии специалист по персональному брендингу выступает в роли тренера и консультанта широкого профиля, совмещая в одном лице функции имиджмейкера, косметолога, визажиста, диетолога, модельера, стилиста, фитнес-тренера и т.д.

Примером практического воплощения косметического подхода к «персональному брендингу» может являться популярный в течение последних лет тренинг известного российского бизнес - консультанта И.Манна «Самый важный маркетинг: маркетинг самого себя». Весь тренинг посвящен рассмотрению вопросов оформления внешности (костюм, прическа, улыбка, парфюм и т.д.), использование бизнес-аксессуаров (в самом широком смысле, включая визитки, портфолио и т.п.), и базовые коммуникативные навыки (демонстрация хороших манер, ведение светской беседы и др.).

Доля истины в косметической стратегии «персонального брендинга», конечно же, есть. Но, в реалии внешняя красивая упаковка вытесняет внутреннее профессиональное содержание очень часто.

Злоупотребление косметическим персональным брендингом приводит к появлению значительного числа умело пускающих работодателей пыль в глаза псевдоспециалистов. Они устраиваются на работу, но, когда наступает время решать задачи такой степени сложности, на уровне которой они произвели впечатление - они просто не справляются. Что означает утрату доверия со стороны работодателя не только к данному конкретному специалисту, но и к любым «блестящим» специалистам в данной профессиональной сфере.

Получается, что косметическая стратегия «персонального брендинга» содержит в себе значительную угрозу дискредитации самой себя.

Третью стратегию персонального брендинга в литературе называют звёздно-фрилансерской. Примерами книг, в которых эта стратегия подробно раскрывается, могут быть «Человек-бренд» (2006) Т.Питерса и «Персональный брендинг» (2008) Ф.Котлера.

Схематически принципы третьей стратегии можно записать так: существуют особые отрасли, в которых существуют особые производители и продавцы особого продукта, требующего особого продвижения. Например, особая отрасль - это популярная музыка. Особый производитель - певец. Особый продукт - результаты его инди-

видуального творческого труда, т.е. пение. Данная стратегия характерна для медийных личностей (звезды эстрады и кино).

Из выше изложенного можно сделать следующие выводы:

1. Модный ныне «персональный брендинг», независимо от выбранной стратегии этого самого брендинга, имеет множество изъянов и ограничений, ставящих под сомнение его полезность.

Ответ на вопрос: «Каким должен быть эффективный персональный брендинг для всех и для каждого, а не только для «звёзд» и предпринимателей-одиночек?» содержится именно в психологии.

2. Практика показывает, что многие работники очень плохо понимают, на каком рынке труда они на самом деле существуют, какие рынки труда реально открыты (доступны) для них, какова их подлинная стоимость на рынке труда, и на основании каких критериев работодатели на рынке труда будут принимать решение о том, стоит ли им брать кандидата на работу и платить больше данному работнику.

3. Для понимания всех этих вещей каждому из нас нужен не гуру персонального брендинга, который научит нас, дресс-коду для успеха, а хороший профконсультант, обладающий актуальными знаниями по рынку труда (региональному и/или отраслевому) и хорошо владеющий навыками карьерного консультирования.

4. Если вы фрилансер или «звезда» - вам нужен классический маркетинг популярности.

5. Если вы специалист или руководитель среднего звена, в качестве наиболее эффективного «персонального брендинга» вам необходимы:

а) планирование карьеры;
б) повышение профессионального уровня;
в) построение отношений, верифицирующих и усиливающих вашу ценность на рынке труда. Плюс психологическое сопровождение или коучинг.

6. Личностный рост может быть полезным толчком для «персонального брендинга», но он не может заменить его полностью, и является долгим путём построения персонального бренда.

7. Косметические улучшения индивидуальности (вроде рекомендаций стилиста, косметолога и т.п.) могут быть полезным дополнением к построению персонального бренда. Причем максимальная полезность косметики для индивидуальности проявляется именно на

начальной стадии построения отношений (встречают по одежке). Но полностью заменить собой «персональный брендинг» все эти косметические улучшения индивидуальности не в состоянии.

СВОЕОБРАЗИЕ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКИ

Ахмедова А.Р., Атаев А.А., Багомедова Н.В.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

До сих пор идёт дискуссия по вопросу о том, является ли медицина самостоятельной наукой или же прикладным разделом биологии. Чтобы разрешить этот вопрос, надо принять во внимание, что критериями самостоятельности дисциплины в современной философии науки считаются следующие факторы. Каждая самостоятельная наука должна обладать: 1) собственным предметом изучения (объекты изучения могут совпадать у разных наук; так, для психологии и анатомии человека им служит человек); 2) специфическими методами; 3) особой формой практической реализации знания; 4) специфическим категориальным аппаратом и языком - особыми категориями (главными понятиями). Имеется в виду, что предмет науки, её методы, категории, связи с практикой не должны совпадать с соответствующими факторами других наук.

Рассмотрим, удовлетворяет ли медицина этим критериям.

Первый из них – наличие специфического предмета, который не должен быть предметом других наук. У медицины есть такой предмет. Чтобы его установить, отметим вначале, что медицина в первую очередь изучает закономерности патологической жизнедеятельности организма и личности человека. Иногда эти закономерности некоторыми авторами и выдаются за предмет медицины. Но это слишком узкое его понимание. Медицина, кроме патологических закономерностей, обязательно изучает закономерности и нормальной жизнедеятельности, поскольку патологическая жизнедеятельность есть отклонение от нормальной, и без знания последней нельзя познать болезнь.

Поэтому настоящим предметом медицины является взаимосвязь процессов нормальной и патологической жизнедеятельности организма и личности человека. Учёт личностного начала отличает медицину от ветеринарии: животное является лишь организмом, а человек – взаимосвязанным единством организма и личности.

Второй критерий самостоятельности науки – наличие у неё особых методов. Медицина использует много методов частных наук – физики, химии, математики, например, спектральный анализ, химический анализ, методы статистики. Использует она и общенаучные методы – анализ и синтез, индукцию и дедукцию, аналогию, моделирование, эксперимент (последний имеет в медицине этические ограничения). Большое знание для медицины имеет и философский метод – диалектика с его принципами развития, системности, диалектического противоречия, детерминизма и др. Наряду с отмеченными медицина обладает и своими особыми методами. Это методы клинического наблюдения, диагностики, лечения и профилактики (предупреждения) болезней. Этими методами студенты овладевают при изучении клинических дисциплин. Квалификация врача в первую очередь определяется знанием именно этих методов и умением их применять применительно к конкретному пациенту.

Третий критерий самостоятельности науки – особая форма практической реализации теоретического знания. Для медицины такой формой служит система здравоохранения. В этой системе через деятельность врачей реализуются медицинские знания и способствуют сохранению и укреплению здоровья людей.

4-й критерий самостоятельности науки - наличия особых категорий. Медицина, естественно, как и любая другая дисциплина, использует понятия обыденного языка, многие понятия других наук, а также и общенаучные категории. Наряду с этим она имеет свои специфические категории и язык. Главными медицинскими категориями служат норма, патология, здоровье, болезнь.

Сегодня можно говорить о том, что медицина – это не только искусство практического врачевания, но и интеграционная наука, да и к тому же, не столь эмпирическая, сколько теоретическая. Стремление теоретически обобщить и философски интегрировать эмпирические знания, то есть критически осмыслить богатый арсенал опытных данных, в медицине наблюдается с давних времен.

Медицина принципиально отличается как от известных общественных наук, так и от общественно-научных и гуманитарных дисциплин. Она представляет собой уникальное единство познавательных и ценностных форм умственного отражения и практического преобразования человеческой жизни. Последнее сближает медицину с философией.

Медицина как по сути своей всегда молодая и динамично развивающаяся наука обладает огромным потенциалом для познания человека на базе новейшего экспериментального и клинического материала в области био-, психо-, социомедицинских и других видов исследований. Она выступает как цель и смысл этого познания, к которому применимы все параметры системно-структурного анализа. Начиная с Гегеля и Шеллинга, системно-структурный подход постепенно превратился в общенаучный метод практически во всех формах исследования, а в наше время он становится нормативом теоретического мышления и в медицинской науке. Обращение к системно-структурному анализу новейших медицинских наблюдений и открытий актуально сегодня прежде всего потому, что они восходят к насущным потребностям в научно-теоретическом обобщении и объяснении таких проблем, как здоровье и болезнь, норма и патология, соотношение биологического и социального, психического и соматического.

Комплексное изучение человеческого организма в норме и патологии всегда естественным образом связывается с философией. Медицина, по сути, всегда философична. Более того, фактически она сама уже явление философии, ибо учит людей мудрости правильной, здоровой жизни. Это особая философия, помогающая приводить в порядок все творческие потенции человека во всех сферах его социальной и индивидуальной жизнедеятельности.

Современная медицина как наука сегодня шагнула далеко вперед. Медицина шагнула в век новых технологий, которые позволяют существенно улучшить качество жизни людей с хроническими неизлечимыми заболеваниями, вылечить многие излечимые болезни, предотвратить появление новых и т.д. Можно лишь предположить, какой будет медицинская наука еще через столетие и каких высот она достигнет в стремлении продлить и улучшить человеческую жизнь, укрепить здоровье и найти лекарства от тех болезней, которые сегодня считаются неизлечимыми.

Список использованной литературы

1. Генезис философии медицины // [Электронный ресурс] URL: http://vmede.org/sait/?id=Filosofija_aspirant_xrustalev_2007&menu=Filoso... (дата обращения: 19.03.2022).

2. Жданова, В.В. Евгеника. Возможности изменения генома человека // Материалы X Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» [Электронный ресурс] URL: <https://scienceforum.ru/2018/article/2018008890> (дата обращения: 20.03.2022).

3. Куланина, А.В. К вопросу внедрения доказательной медицины в клиническую практику / А.В. Куланина, М.А. Лопарёва, И.Г. Плотникова. // Молодой ученый. — 2019. — № 21 (259). — С. 65-67.

4. Легкоева, М.В. Этические и научные проблемы клонирования / М.В. Легкоева. // Молодой ученый. — 2021. — № 46 (388). — С. 24-26.

5. Мещерякова, Т.В. Причины появления биоэтики // Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология. 2010. №4 (12). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/prichiny-rojavleniya-bioetiki> (дата обращения: 14.03.2022).

6. Петров, В.И. Клиническое мышление и доказательная медицина // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2012. №1 (7). [Электронный ресурс] URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/klinicheskoe-myshlenie-i-dokazatel'naya...> (дата обращения: 14.03.2022).

7. Пропп, К.В. Зачем медику философия? // [Электронный ресурс] URL: http://bono-esse.ru/blizzard/Biomed_Etika/Zachem_mediku_philosophija.pdf (дата обращения: 19.03.2022)

8. Хрусталева, Ю.М. Философия науки и медицины: учеб. для аспирантов и соискателей мед. специальностей / Ю.М. Хрусталева, Г.И. Царегородцев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005 (М.: Типография «Новости»). - 507 с.

СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ

Ахмедова А.Р., Атаев А.А., Гаджиев Г.Э., Алискандиева М.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Анализ системы медицинских знаний направлен прежде всего на философское осмысление медиков и их деятельности по сохранению и укреплению здоровья людей, продления их жизни, устранение эпидемий.

Поэтому существует системный принцип здравоохранения:

а) система здравоохранения является важнейшей сферой обеспечения гражданских прав и свобод, а также одним из основных факторов национальной безопасности страны;

б) здоровье населения и медико-демографические процессы (рождаемость, инвалидность, смертность и т.д.) зависят от экономического и социально-политического состояния общества, от отношения государства к проблемам охраны здоровья населения;

в) здоровье человека зависит в большей степени от его образа мыслей, чувств, поведения;

г) охрана здоровья населения является важнейшей функцией и обязанностью государства и всех ветвей власти;

д) государство должно нести ответственность перед народом за здоровье каждого гражданина и состоянием окружающей среды и отчитываться перед мировым сообществом.

Современное здравоохранение, являясь органической частью повседневного житейского образа жизни людей, их активной деятельности и обыденного сознания, помогает им достигать понимания универсальности истин о биофизиологической природе человека и поддерживать должный внутренний порядок психики, очищать свое сознание от влияния разного рода лженаучных теорий и концепций. Большинство философов, занимающихся общечеловеческой проблематикой, все чаще задает вопрос о том, является ли медицина только искусством лечения или это вид научного мировоззрения людей.

Сегодня уровень развития медицины становится показателем общечеловеческой мудрости, критерием общественной зрелости и гражданской ответственности. Известный советский философ П.В. Копнин (1922-1971), рассуждая о специфике определения предмета любой науки, справедливо заметил, что это есть не указание на какую-то особую сферу явлений или предметов природы, а весь мир, рассматриваемый под определенным углом зрения. Следуя логике философа, медицину нельзя представлять, как науку, занимающуюся только проблемой обеспечения здоровья человека.

Современная медицинская наука представляет собой целый комплекс клинических социально-гигиенических медико - биологических дисциплин. Ее будущее зависит от характера взаимодействия всех естественных, гуманитарных и технических наук. Кроме того, её развитие постепенно всё больше будет связываться с решением проблем общеметодологического и философско - мировоззренческого порядка. Д.С.Саркисов писал: «Должно происходить органическое слияние общемедицинского и философского образования будущих врачей, потому что плодотворное обсуждение таких центральных проблем, как проблемы этиологии, патогенеза, нервизма, основ регуляции нарушенных функций и других, в настоящее время невозможно без рассмотрения фактических материалов медицинской науки через призму основных законов материалистической диалектики, ее категорий, принципов, диалектико- материалистической теории познания.

Нужно отметить, что мудрецы древних цивилизаций наработали и скопили огромное количество научного биологического материала. Его осмысление несло в себе вначале религиозно - философские оценки. Но главное состоит в том, что сам факт свидетельствует о стремлении философствующих медиков осмыслить и обосновать сущность человека, принципы его существования, а отсюда средства и методы его лечения.

Классическая греческая медицинская школа рассматривает человеческий организм в естественной связи с окружающей природой. Она разработала принципы наблюдения и лечения у постели больного, развила основы врачебной морали.

На Западе классическая медицина сформировалась как самостоятельная отрасль научного знания и искусного умения врачевать почти одновременно с зарождением философии. Данный факт уже

сам по себе примечателен. Он свидетельствует о взаимосвязи и взаимовлиянии этих разных форм познания человека. Истинным основателем работ по медицине как искусству врачевания по праву считается Гиппократ. В его учении научно-медицинское мышление в совокупности с философским развитием определенных понятий выросло до такой степени, что на уровне самосознания представляет соответствующее мнение как единственно верное, противостоящее отличному, повседневному суждению о здоровье и болезнях.

Учение Гиппократа не ограничивалось тем, что медицине в нем придавался статус теоретической науки. Великое достижение мыслителя состояло в определении им морально-этического облика личности врача как высшего мерила морального и гражданского долженствования. Ведь врач-философ равен богу.

Таким образом, Гиппократ очертил контуры предметных интересов медицины и философии, где «правильное и неправильное имеет свой предел». Он возражал тем врачам и философам, которые считали, что, прежде чем формировать практическую медицину, нужно установить, что представляет собой природа человека вообще. «Я полагаю, - заявлял мыслитель, - что ясное познание природы заимствуется не ниоткуда-либо, а только из медицинского искусства.»

Это не означает, что Гиппократу была чужда сама философия. Наоборот, он активно ратовал за внедрение философского мышления в медицинскую науку, а медицинских знаний - в философское мировоззрение. Таким образом, философско-медицинское учение Гиппократа стало началом зарождения теоретического медицинского познания. Оно ориентировало врачей руководствоваться общими принципами медицинской практики, представляя ее как искусство. Именно благодаря Гиппократу медицина утвердила свою самостоятельность. Он требовал от своих учеников, чтобы они при помощи самых тщательных наблюдений, хорошо продуманных опытов умели правильно определять причины болезни. В этом уже просматриваются зачатки эмпирической медицинской науки.

Спустя семь веков после Гиппократа наиболее яркой фигурой в развитии теоретической медицины становится римский врач, естествоиспытатель и философ Гален, который высоко оценивал роль философии в становлении строго медицинского знания, создал принципиально новую систему медицины. Он был убежден, что настоящий врач должен быть философом. Он во многом определил

путь развития европейской медицинской мысли. Гален резко критиковал применение в медицинской практике голого догматизма (когда медицинские знания «конструируются» только разумом), чистого эмпиризма (когда все знания врача восходят исключительно к опыту), а также методизма (когда происходит якобы сочетание логического метода с практическим экспериментом). Он был убежден, что все три принципа (подхода) одинаково необходимы, но только в сочетании друг с другом.

Если внимательно посмотреть на историю развития мыслительного акта в медицине, то бросаются в глаза три этапа диалектической взаимосвязи философии и медицины: натурфилософский, начиная с времен античности (Аристотель, Гиппократ, Гален), механистический – с эпохи Нового времени (Бэкон, Декарт, Локк, Парацельс), целостный (междисциплинарный) – нашего времени. Во всяком случае, на всех уровнях функционирования медицинской мысли на нее периодически воздействуют те или иные философские системы. Они как бы корректируют и гармонизируют научный уровень мышления и образ медицинского познания, которые всегда связаны с естественно-научными и гуманитарными способами определения правильного, то есть здорового образа жизни отдельных людей и общества в целом.

При различении уровней познания в медицине обычно отмечаются два: эмпирический и теоретический. Причем эмпирическое не сводится к чувственному, так как оно обязательно включает в себя логическое (рассудочное), однако на базе чувственных данных. Уже на эмпирическом уровне познания в медицине приходится упорядочивать необходимые и случайные факторы в поведении объекта, отвлекаться от несущественного, нацеливать наблюдение или эксперимент на поиск существенных свойств и зависимостей в изучаемых объектах. Вместе с тем следует признать, что только на научно-теоретическом уровне достигается глубокое постижение жизненной сущности.

Список использованной литературы:

1. Артюнина, Г.П. Основы медицинских знаний: Здоровье, болезнь и образ жизни / Г.П. Артюнина, С.А. Игнатюкова. - М.: Академический проект, 2016. - 560 с.

2. Бубнов В.Г., Бубнова Н.В. Основы медицинских знаний. Спаси и сохрани: учеб. пособие для 9–11-х классов общеобразовательных учреждений и преподавателей курса ОБЖ. М.: АСТ-ЛТД, 1997.
3. Гуссерль Э. Философия как строгая наука. Новочеркасск: Сагуна, 1994.
4. Никифоров А.Л. Философия науки: История и методология (учебное пособие). М.: Дом интеллектуальной книги, 1998. -280 с.
5. Садовский В.Н. Проблемы философского обоснования системных исследований// Системные исследования. М., 1984. С. 93-96.

СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Воронко Е.В., Спасюк Т.И., Филипович В.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Кафедра психологии и педагогики, Республика Беларусь, г. Гродно*

Развитая способность к эмпатии, сформированные рефлексивные умения и навыки относятся к коммуникативным компетенциям как профессионально значимым качествам медицинского работника, составляющим основу его профессиональной коммуникативной компетентности [1]. Коммуникативная компетентность рассматривается как критерий коммуникативной культуры личности [3]. Эмпатия рассматривается как главный показатель коммуникативной культуры врача в эмоциональной сфере, а рефлексия – как главный показатель коммуникативной культуры врача в когнитивной сфере личности [3]. Системно-интегративный подход позволяет соотнести эмпатию и рефлекссию как структурно-функциональные компоненты психики. Так, процессы эмпатии являются основой коммуникативной функции психики, а рефлексивные процессы обеспечивают отражательную функцию психики как целостной системы [3, 5].

Вместе с тем, следует акцентировать оставшуюся без должного внимания метауровневую системную составляющую, характерную как для эмпатии, так и для рефлексии, их метауровневую вторичную саморегулятивную психическую функцию. Именно наличие общих регуляторных метауровневых системных контуров позволяет рас-

сма­три­вать ре­флек­сию и эмпатию во взаи­мос­вязи. Изуче­ние взаи­мос­вязи эмпатии и ре­флек­сии у меди­цин­ских ра­бот­ни­ков от­кры­вает ши­ро­кие пси­хотех­ни­че­ские воз­мож­но­сти фор­ми­ро­ва­ния дан­ных про­цес­сов как спо­соб­но­стей лич­но­сти, не­об­хо­ди­мых для ус­пеш­но­го ус­вое­ния и вы­пол­не­ния про­фес­си­о­наль­ной де­я­тель­но­сти.

Ре­флек­сив­ные спо­соб­но­сти пси­хи­ки, рас­смот­рен­ные в кон­тек­сте пси­хи­че­ских лич­но­ст­ных про­цес­сов [4], раз­де­ля­ют­ся на два от­лич­ных друг от дру­га ас­пек­та: «ме­ха­низм про­из­воль­но­го ма­ни­пу­ли­ро­ва­ния иде­аль­ны­ми со­дер­жа­ни­я­ми в ум­ст­вен­ном плане» и ме­ха­низм фо­ку­си­ро­ва­ния соз­на­ния на са­мом се­бе как на об­ъек­те. Дан­ные ме­ха­низ­мы пере­жи­ва­ют­ся как раз­ли­чие между «я», соз­на­нием и ин­тен­ци­о­наль­ным об­ъек­том, где «я» так­же может вы­ступать как ин­тен­ци­о­наль­ный об­ъек­т. Ме­тауров­не­вая ор­га­ни­за­ция ре­флек­сии («ме­та­мозг», М. Чи­ксент­ми­хайи) функ­ци­о­наль­но про­яв­ля­ет­ся в са­мо­де­тер­ми­на­ции лич­но­сти. Д. А. Ле­онтьев, Е. Н. О­син пред­ла­га­ют тер­мин «сис­тем­ная ре­флек­сия» для дан­но­го уров­ня ре­флек­сии [4]. Каче­ствен­ны­ми ха­рак­те­ри­сти­ка­ми сис­тем­ной ре­флек­сии яв­ля­ют­ся са­мо­ди­стан­ци­ро­ва­ние, од­но­вре­мен­ное уде­р­жа­ние «по­лю­са суб­ъек­та и по­лю­са об­ъек­та».

Можно предположить, что именно системная ре­флек­сия взаи­мос­вязана с эмпатией, так­же тре­бу­ю­щей са­мо­ди­стан­ци­ро­ва­ния, уде­р­жа­ния по­лю­са «я» и по­лю­са «дру­го­го».

Эмпатия в кон­тек­сте ком­му­ни­ка­тив­ной куль­ту­ры бу­ду­ще­го вра­ча ха­рак­те­ри­зу­ет­ся как «по­ни­ма­ние от­но­ше­ния со­бесед­ни­ка к тому, о чем он рас­ска­зы­вает, и к са­мой си­ту­а­ции об­ще­ния; по­мощь со­бесед­ни­ку в выра­же­нии чувств и же­ла­ний; со­об­ще­ние о соб­ствен­ных чув­ствах; вни­ма­тель­ное на­блю­де­ние за невер­баль­ны­ми ре­ак­ци­я­ми парт­не­ра; де­мон­стра­ция по­ни­ма­ния чувств дру­го­го» [3].

Де­фи­цит эмпатии и ре­флек­сии у меди­цин­ско­го ра­бот­ни­ка при­ведет к не­спо­соб­но­сти вра­ча по­нять и раз­ре­шить меди­цин­скую про­бле­му па­ци­ен­та.

Эмпатия и ре­флек­сия яв­ля­ют­ся ме­ха­низ­ма­ми об­ще­ния, по­сколь­ку де­ла­ют воз­мож­ной внут­ри­пси­хи­че­скую ре­пре­зен­та­цию дру­го­го, обес­печива­ют са­му воз­мож­ность по­сле­дую­ще­го его по­ни­ма­ния, со­пе­ре­жи­ва­ния, вчув­ст­во­ва­ния. Ре­гу­ля­тив­ная функ­ция эмпатии обес­печивает на­прав­лен­ность лич­но­сти на дру­го­го, ре­гу­ля­тив­ная функ­ция ре­флек­сии обес­печивает ме­ха­низ­мы об­рат­ной свя­зи, ве­ри­фи­ци­рует и кор­рек­ти­рует взаи­мо­дей­ствие с дру­гим. Вме­сте с

тем, характер взаимосвязи непродуктивных типов рефлексивного отношения и механизмов эмпатии укажет на возможную проблему формирования эмпатии и рефлексии у будущих врачей.

Цель исследования: изучить структурные особенности взаимосвязи рефлексии и эмпатии как многоуровневых способностей личности у студентов-медиков.

Методы исследования. Метод опроса: 1) методика уровня эмпатических способностей В.В. Бойко [2], 2) методика «Дифференциальный тест рефлексивности» Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина (2014) [4]. Выбор методик обусловлен их чувствительностью к дифференциальным характеристикам рефлексии и эмпатии. Так, диагностируется выраженность каналов эмпатии (рационального, эмоционального, интуитивного) и типов рефлексивного отношения (системной рефлексии, интроспекции, квазирефлексии).

Выборка. В исследовании приняли участие 59 студентов 1 и 2 курса медико-психологического и лечебного факультетов Гродненского государственного медицинского университета (Беларусь), из них 68,9 % девушки. Средний возраст испытуемых 18,3 лет.

Результаты и обсуждение. Для статистической обработки использовался пакет STATISTICA 7. С целью определить структурные различия во взаимосвязях рефлексии и эмпатии применен факторный анализ методом главных компонент с варимакс вращением (varimax raw). Выделены 4 фактора, объясняющие 72,63 % дисперсии. Проанализированы переменные с факторными нагрузками, превышающими по модулю 0,60.

Первый фактор объединяет только характеристики эмпатии: эмоциональный канал эмпатии (0,65) и установки, способствующие эмпатии (0,82). Второй фактор объединяет системную рефлекссию (0,78) и рациональный канал эмпатии (0,86). Третий фактор объединяет интроспекцию (0,65), показатели проникающей способности в эмпатии (0,76) и идентификации в эмпатии (0,72). Четвертый фактор объединяет квазирефлексию (0,77) и интуитивный канал эмпатии (0,81).

Первый фактор раскрывает функциональные взаимосвязи установок на сближение с другой личностью, интереса к другой личности с эмоциональной отзывчивостью, «теплотой» эмпатирующего студента-медика. Фактор объединяет компоненты эмпатии, функционирующие вне обязательной связи с рефлексивными процессами.

Фактор может быть охарактеризован как «эмоциональная теплота». Второй фактор, теоретически наиболее ожидаемый, раскрывает функциональную взаимосвязь системной рефлексии с рациональным каналом эмпатии. Рациональный канал отражает способность эмпатирующего к феноменологическому видению другого в характеристиках его неповторимой бытийности [2]. Системная рефлексия указывает на сформированность у познающего субъекта способности к самодистанцированию, удержанию полюса «я» и полюса «другой» [4]. Только сформированность системной рефлексивной способности у студентов-медиков позволяет постичь другого в его содержательных характеристиках. Фактор может быть охарактеризован как «бытийность другого». Третий фактор объединил интроспекцию, проникающую способность в эмпатии, идентификацию в эмпатии. Интроспекция понимается как рефлексивное отношение «я» к интенциональному объекту, которым является содержание «я», при этом дистанцирование рефлекслирующего «я» от содержания «я» не возникает [4]. «Я» погружается в рассмотрение своих переживаний, состояний. Актуализация данного типа рефлексии эффективна не в практической деятельности, а в психотерапии [4]. Функциональное объединение у студентов-медиков данной рефлексивной способности с противоположными способностями: сосредоточиться на другом, подражании другому, умении поставить себя на место другого, с коммуникативной способностью создавать атмосферу открытости [2], свидетельствует о многоуровневости соотношения рефлексии и эмпатии. Возможно, развитие интроспективного полюса рефлексии является необходимым этапом в развитии способности понимать другого, который «такой же, как я». Фактор может быть назван как «общность переживаний». Четвертый фактор отражает возможную функциональную взаимосвязь интуитивного канала эмпатии и квазирефлексии. Квазирефлексия понимается как процесс фокусировки сознания на объектах вне ситуации [4], в то время как субъект находится в ситуации и, казалось бы, должен быть в нее вовлечен. Квазирефлексия уводит от неприятного содержания ситуации и выполняет защитную функцию, если ситуация неразрешима [4], Механизм квазирефлексии сходен с механизмами фантазии, со свободным скольжением сознания по объектам, выбор которых часто не осмысливается. Возможно, именно этот механизм схож и с работой интуитивного канала эмпатии, характеризующегося бессознательным обоб-

щением разнородных фактов о перцептируемом другом с опорой на прошлый опыт [2]. Фактор может быть охарактеризован как «контекстуальный».

Выводы. 1. Эмпатия, как и рефлексия, рассмотренные теоретически в системно-интегративном подходе, характеризуются функциональной включенностью в метауровневые регуляторные и саморегуляторные контуры психического отражения как системы.

2. Эмпирически измеренные типы рефлексии, каналы и компоненты эмпатии образуют 4 фактора у студентов-медиков. Эмоциональная настроенность и отзывчивость функционируют вне связи с рефлексированием, характеризуют «эмоциональную теплоту» личности. Самодистанцирование и феноменологическое видение раскрывают эмпатирующему неповторимую бытийность другого. Актуализация интроспективного полюса рефлексии делает доступными собственные переживания, что позволяет затем понять другого как такого же чувствующего субъекта, «как и я сам». Квазирефлексия, как и интуиция, обобщают разнородные факты о перцептируемом, создавая необходимый контекст для эмпатического постижения другого.

3. Все типы рефлексивных отношений включены во взаимодействие с эмпатией. Неэффективные типы рефлексивных отношений взаимодействуют с процессами эмпатического отношения личности не только как необходимые подуровни интегральной системной рефлексии, но и как самостоятельные уровни, функционально объединяясь с дифференциальными процессами эмпатии.

4. Развитие эмпатии у студентов-медиков предполагает одновременное формирование рефлексивного мышления, направленного на метаанализ субъект-субъектных отношений, понимание и вербализацию внутренних психических состояний собственного «я», понимание и вербализацию состояний другого, на дистанцирование всех указанных соотношений и рассмотрение их в единстве.

Список использованной литературы:

1. Вялых В.В., Неволина В.В. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих медицинских работников на этапе обучения в вузе // Дискуссия. 2015. № 6(58). С. 136–141.

2. Диагностика уровня эмпатических способностей В.В. Бойко / Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. Самара: БАХРАХ-М, 2001. 668 с.

3. Кондратова Н.В. Методологические основы исследования готовности будущих медицинских работников к профессиональному общению // Вестник ОГУ. 2011. № 16(135). С. 457–459.

4. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. Т. 11, № 4. С. 110–135.

5. Паршукова Л.П., Шакурова З.А., Горелова Г.Г., Мануйлов Г.В. Сравнительный анализ эмпатии и рефлексии у студентов, специализирующихся в психологии и медицине // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. 2021. № 12(202). С. 518–523.

УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НОРМ МОРАЛИ И ЭТИКЕТА

Кафаров Т.Э., Кафаров Р.Т.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра философии и истории,
Кафедра терапевтической стоматологии, г. Махачкала*

Согласно одному из мифов Платона, когда Эпитемей раздавал природные способности, человек остался ни с чем, голый и беззащитный, тогда Прометей исправляет ошибку своего брата, научил людей говорить, разводить огонь, изготавливать орудия. Это, однако, оказалось недостижимо, ибо люди не могли жить сообща, и тогда Зевс попросил Гермеса, чтобы он ввел среди людей стыд и правду, и наделил этими способностями их не выборочно, а поголовно всех. Этот миф лишней раз напоминает о значимости морально - этических и этикетских регуляторов в жизнедеятельности общества и личности. Нельзя не согласиться с И. Кантом, который утверждал, что не будь у человека морального чувства, то он бы «просто превратился в животное и невозвратно смешался бы с массой других существ природы». [1, С. 442].

Моральные императивы имеют универсальный и всепроникающий характер, то есть они, в отличие от других форм челове-

ской духовности, имплицитно присутствуют (в позитивной или негативной форме) во всех формах деятельности и общения. Поэтому высокой нравственностью и этикетной культурой должна быть пронизана также вся система формирования профессиональных компетенций современного специалиста.

Многолетняя практика преподавания гуманитарных и общественных наук в медицинском вузе показывает, что в традиционных курсах биомедицинской этики и деонтологии обращается преимущественное внимание на специальные вопросы, связанные с формированием профессиональных компетенций врача, а на общую методологию этики и этикета уделяется недостаточное внимание. Такая ситуация не способствует становлению общей и коммуникативной культуры, на что в последнее время ориентируется все отечественное образование.

Вуз – организация, которая готовит не только специалистов разных профессий, но и корпорация, формирующая культуру и духовность человека. Ведь образование, согласно этимологии этого слова, означает «творение образа, образовывать самого себя», где не существует границ между обучением и воспитанием.

Главное назначение высшего образования: формирование личности, специалиста, гражданина, способного к самостоятельным размышлениям, по иску и диалогу в процесс решения фундаментальных и прикладных жизненно важных проблем в различных сферах.

Учебный процесс – это целая система коммуникаций, где главными акторами являются преподаватель и студент. Эффективность обучения зависит от компетентности педагога, его умения мотивировать себя и студента. В свою очередь, студент должен быть заинтересован в получении максимума знаний и приобретении социально и профессионально ценного опыта. Этот процесс обусловлен множеством организационных, финансовых, технических, технологических, информационных и других факторов, каждый из которых вносит свою лепту в решение этой важнейшей задачи. Но есть один аспект, который напрямую не связан с материальными затратами – это духовно-нравственная составляющая учебного процесса. Ведь отношения педагог-студент регламентируются не только административными, правовыми, профессиональными, но и морально-этическими и этикетными нормами. Причем эта сторона учебного

процесса оказывается весьма чувствительной, способной во многом предопределять конечный результат.

Если педагог не стал для студента моральным авторитетом, рассчитывать на успех не приходится, обучающийся в таком случае просто будет «отбывать номер». В этом плане имеется много общего между учебным и лечебным процессами, поскольку в обоих случаях нравственность выступает основой профессионализма специалиста.

В медицине, как известно, самолечение не поощряется, а вот становление человека невозможно без самосовершенствования. И здесь следует вспомнить знаменитый метод Сократа «маевтика», согласно которому в каждом индивиде «сидит добродетель», и наша задача заключается в способствовании ее выявлению и проявлению в реальном поведении.

История человечества, особенно ее новейший период, свидетельствует, что человеческие разум, знания и воля, лишённые должной нравственной основы, могут привести к непредсказуемым последствиям. Чем больше дано человеку свободы, чем больше появляется у него путей и возможностей для самореализации, тем выше должна быть планка его нравственной ответственности перед самим собой и обществом.

Этика и этикет являются такими областями человеческой культуры, которые помогают личности полнее и эффективнее реализовать свои профессиональные возможности в гармонии с интересами других людей. Знания об этике и этикете становятся действенными лишь в той мере, в какой они получают воплощение в социальной активности тех, кто их изучает. Иначе они бесполезны, и могут рассматриваться лишь как пустое морализаторство, которое только вызывает раздражение у молодежи. Учебный процесс имеет двуединую задачу: профессиональное обучение и воспитание достойного гражданина страны. Этика и этикет, являясь с одной стороны, формами знания, а, с другой – матрицами определенного поведения и общения человека, способствуют реализации обеих этих образовательных задач.

Следует подчеркнуть, что главная задача этики, в отличие от многих других наук, не просто поиск знаний и истины, а выработка таких норм и принципов, которые призваны сделать более разумными и человеческими взаимоотношения между людьми и их от-

ношение к окружающей среде. Ее изучают не только для того, чтобы знать о человеческих добродетелях, а прежде всего, чтобы быть добродетельным в делах и поступках. В этом плане этикет можно считать практической составляющей этики как науки, претворяющей нормы и принципы морали в реальные модели поведения и общения. Задача этической науки и этикета, как практической матрицы поведения человека, содействовать не только усвоению студентами специфических знаний о морали, но и формировать навыки определенного взаимодействия с другими людьми в самых различных сферах жизнедеятельности, в т.ч. в учебном процессе.

Необходимо акцентировать внимание не столько на абстрактных этических нормах и принципах, сколько на их материализацию в реальных моделях поведения.

Мы живем в цифровом, информационном обществе, в пространстве виртуального общения, что вносит существенные изменения в культуру и тактику межличностного общения. Активно проникают цифровые технологии также в медицинскую практику и в образовательные механизмы. Это требует формирования высокой цифровой культуры и новых этикетных правил общения.

Говорят, что морали и этикету нельзя научиться. Конечно, в этом есть своя правда, но знания позволяют оптимизировать всю воспитательную стратегию, дают возможность управлять процессом формирования человека. Через знания можно передавать весь накопленный человечеством нравственный опыт, ценности и богатство традиционного общения. В этом отношении Сократ был прав, основы человеческой добродетели заложены в структурах знания. И чем больше у молодого человека будет этих знаний, тем больше у него в багаже будет готовых моделей поведения в различных ситуациях, которые позволят справиться со всеми сложными жизненными коллизиями.

Список использованной литературы

1. Кант И. Собр. соч. В 8 т. М., 1994. Т. 6.

ФИЛОСОФСКАЯ МЕТОДОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ПОЗНАНИИ

Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Гаджиев Г.Э.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Философская методология теснейшим образом связана с конкретными науками, и в том числе с медицинскими. Она стимулирует выработку новых всеобщих методов (греч. *methodos* – путь исследования), помогает избежать односторонности, схематизма в их использовании. Нередко философская методология стихийно, без согласия самого врача, врывается в его повседневную жизнедеятельность, и он следует за стихийной диалектикой самих фактов. Как известно, всякая наука опирается на два методологических компонента. Один из них означает использование всеобщих методов в деятельности, нацеленной на достижение новых знаний. Другой компонент – это некая система методов научной деятельности, связанная с использованием уже полученных истинных знаний на практике.

Само понятие «философская методология познания» употребляется сегодня в различных смыслах. В одном из них она способствует осознанной выработке специальных методов научного познания, а в другом смысле – предложению методов понимания ценности эмпирического и теоретического материала для науки и практики. Конечно, философская методология научного познания во многом нацелена на осмысление уже полученного знания, которое анализирует и оценивает с помощью логики науки. В силу этого обстоятельства нередко методологию отождествляют со всей философией или ее частью – философией науки.

Философская методология в медицинском познании исполняет важную роль в процессе исследовательской работы и имеет исключительно практическое значение. Ведь она изучает не знание и истину как таковая, а приёмы их получения. Философская методология медицины призвана выполнять несколько функций: эвристическую, координирующую и интегрирующую. Она стимулирует процесс медицинских знаний, провозглашая основой любого исследо-

вания диалектический метод познания. Философски - диалектический метод, применяемый в единстве с формально-логическим, обеспечивает приращение новых знаний в собственно медицинской сфере познания. Это приращение происходит в особой систематизированной форме. Идея системности знаний является исходным философским элементом научности во всём естествознании и медицине, в частности.

Таким образом, системность в методологии медицинского познания предстаёт сегодня как органическое соединение основополагающих принципов, позволяющих понять законы функционирования живого организма. Системный, структурно-функциональный, вероятностный и многие другие подходы в познании предполагают использование общелогических методов: анализа, синтеза, индукции, дедукции, аналогии и других. Сюда же входят эмпирические и теоретические средства и приёмы, характерные для медицинской науки, которые могут быть использованы ею для познания живого и вообще и человека в частности. Путь к научной истине всегда начинается с анализа, то есть мысленного или реального расчленения целого на части, детали; единства – на множество, сложного – на компоненты или элементы. Анализ позволяет исследователю сосредоточить внимание на свойствах частей. Он предполагает целенаправленный переход от конкретного к абстрактному. Анализ имеет смысл только тогда, когда в любой момент может осуществить синтез – от обращенного к конкретному, позволяющий формулировать законы.

Философское исследование медицинского познания, его механизмов и процессов в той мере, в какой они являются элементами практической медицины и реализуются её средствами и методами, выступает как способ самосознания медицины.

Список использованной литературы:

1. Гуссерль Э. Философия как строгая наука. Новочеркасск: Сагуна, 1994.
2. Никифоров А.Л. Философия науки: История и методология (учебное пособие). М.: Дом интеллектуальной книги, 1998. 280 с.
3. Садовский В.Н. Проблемы философского обоснования системных исследований // Системные исследования. М., 1984. С. 93-96.
4. Саркисов Д.С. Философия в системе медицинского образования // Клиническая медицина № 1, 1999, С. 17-21.

5. Уайтхед А. Избранные работы по философии: Пер. с англ. / Сост. И.Т. Касавин: Общ. ред. М.А. Кисселя М.: «Прогресс», 1990.

6. Философия и методология науки: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Под ред. В.И. Купцова. М.: Аспект Пресс, 1996. 551 с.

7. Фролов И.Т, Пастушный С.А., Жирнов В.Д. Философские вопросы медицины // ММЭ. М., Медицина, 1996. Т. 6. С. 177-178.

8. Цофнас А.Ю. Теория систем и теория познания. Монография. АстроПринт, 1999.

ФИЛОСОФСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПОЗНАНИЯ

Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Гаджиев Г.Э., Мусаева Ш.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала

Философское значение медицинского познания конкретных фактов в жизнедеятельности людей, влияющих на их физическое и психическое здоровье, поистине огромно. Оно позволяет по достоинству оценить многочисленные факторы (лат. factor – движущая сила), обеспечивающие укрепление здорового образа жизни людей, а также устранение условий и обстоятельств, вызывающих массовые заболевания. В самом общем виде задача медицинского познания состоит в выявлении закономерных процессов, происходящих в организме, причин возникновения патологических состояний, а также в научном поиске наиболее эффективных способов и средств их предупреждения и устранения.

При всей очевидности положительной роли имеющихся фактов совершенствования медицинской практики, они, безусловно, нуждаются в научной проверке, ибо служат исходной базой для научно-теоретической работы. Основоположник объективного экспериментального изучения высшей нервной деятельности животных и человека И.П. Павлов писал: «Научитесь делать черную работу в науке. Изучайте, сопоставляйте, накапливайте факты. Как ни совершенно

крыло птицы, оно никогда не смогло бы поднять ее ввысь, не опираясь на воздух. Факты – это воздух ученого. Без них вы никогда не сможете взлететь. Без них ваши «теории» – пустые потуги».

Как говорят в народе, факты – вещь упрямая. К ним надо относиться с особым уважением. Они – источник знания и жизненного опыта. Их осмысление просветляет сознание, делает людей мудрее. Что же касается медицинского познания, то в нем исключительную роль играет диалектика эмпирического и теоретического уровней осмысления фактов действительности. Эмпирическое (*греч.* *empeiria* – опыт) исследование, как известно, восходит к чувственному опыту, материально-предметной деятельности ученого. Теоретическое (*греч.* *theoria* – рассмотрение, обдумывание) исследование предполагает системную умственную деятельность, оперирующую понятиями. Уже у первых натурфилософов слово «теория» означало духовное (внутреннее) созерцание, а позже, у Аристотеля, – мысленное рассмотрение вещей. Медицинский же эмпиризм в прошлом, как правило, абсолютизировал роль всех очевидных фактов и недооценивал при этом познавательную функцию понятийного мышления, а в особенности – его обобщающее значение.

Сегодня ученые-медики в своей научно-исследовательской и лечебной практике постоянно сталкиваются с ситуациями, когда от них требуется большая описательная работа, связанная с изложением показателей медицинских приборов, клинических анализов, субъективной оценки новых фактов проявления болезни и психического состояния пациента. Наряду с принятием традиционных решений, основанных на общепринятых принципах медицинского эмпиризма, врачам нередко приходится действовать абсолютно самостоятельно, нестандартно. Такие их действия справедливо называют творческими. Конечно, подобная врачебная практика не является повседневной, но она характерна для работы многих медиков. Сама специфика их профессиональной сферы говорит о том, что они фактически призваны к индивидуальному эмпирическому и теоретическому творчеству. Это далеко не всегда получает одобрение в официальных кругах медицины, но врач во имя спасения людей вынужден порой действовать на свой страх и риск. Философско-этический анализ данной темы в контексте теории познания современной медицины, включая и науковедческий подход, показывает, что эмпирические факты и теоретические решения врачей являются общекультурными ценно-

стями. А дело все в том, что медики в силу их особого социально-культурного положения в обществе обязаны быть оригинальными мыслителями. Они всегда решают уравнения с множеством неизвестных. Конечно, очень важно поставить правильный диагноз, но не меньшую значимость имеет определение правильного (может быть, единственно верного) пути лечения. Если первое зависит от знания закономерностей того или иного заболевания, то второе – исключительно от умения понять личность пациента и позитивно воздействовать на его психику, а потом уже на его организм.

Врач изначально призван быть не только хорошим психологом, но и тонким философом. Наличие этих качеств предполагает сама профессия медика. В своей практике врач нередко сталкивается с философско-этической дилеммой: стоит ли говорить больному всю правду о его болезни, в определенных случаях даже готовить к худшему или от него надо скрывать часть информации во имя его же спокойствия, а значит – здоровья? Ведь слово всегда ощутимо воздействует на индивида, а слово врача вообще обладает огромной магической силой. Кстати, философы древности уверяли, что первое слово человек произнес для того, чтобы обмануть другого человека, так как правда не нуждается в словах. Действительно, пациенты верят не столько словам врача, сколько ему самому. Следовательно, правда – это фактическая демонстрация смысла какого-либо дела, особенно в медицине. Однако дело невозможно представить себе без слов, но слов по существу. Жаль, что медицина возвела неприступный бастион из специальных терминов, которые далеко не каждый пациент может понять хотя бы приблизительно.

Любая попытка свободного, независимого мышления в медицине, любое практическое действие врача, направленное на поиск собственного метода или средства лечения, на переосмысление способов предупреждения массовых болезней, неизбежно наталкивается сегодня на традиционное состояние объяснительного медицинского знания о прецеденте, а также на невежественность людей, неподобающее отношение к собственному здоровью. В такой ситуации необходимо творчески подходить к управлению качеством жизни, о чем говорил еще И. Кант.

Таким образом, медицинское познание становится специфическим интеграционным способом постижения жизни, философского осмысления различных областей исследования и синтеза самых

разных знаний, касающихся человека, его образа жизни и качества жизнедеятельности. По характеру решаемых вопросов медицинское познание выходит за рамки чисто научной дисциплины и в немалой степени становится междисциплинарной сферой постановки и разрешения всех человеческих проблем. Медицинское познание как особо деликатный способ целостного знания о человеке, его организме, духовности объединяет и интегрирует различные формы исследования: теоретические и экспериментальные. Гуманный характер медицинских задач выходит далеко за пределы научной дисциплины, которая в значительной степени становится социально-гуманитарной сферой познания человеческих проблем.

Современная медицина, представляя собой сложную систему дисциплин, сама развивается на стыке естественных, технических, гуманитарных и философских наук. Это значит, что исходным объектом медицины являются социально-биологические, философско-нравственные, морально-этические сферы человеческой жизни.

Список использованной литературы

1. Губергриц А.Я. Непосредственное исследование больного. Изд. 2-е. М., 1972. 376 с.
2. Давыдовский И.В. Общая патология человека. Изд. 2-е. М., 1969. 611 с.
3. Лощаков Д.Г. Методологические и социально-этические проблемы комплексного изучения человека. Об итогах Всесоюзного совещания по философским и социальным проблемам науки и техники // Вопросы философии, 1988. № 2. С. 127-131.
4. Моисеев В.И. Философия науки. Философии биологии и медицины. М., 2008. 560 с.
5. Патологическая физиология / Под ред. Н.Н. Зайко и Ю.В. Быця. Изд. 5-е. М., 2008. 640 с.

ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ

**Будайчиев Г.М-А., Кафаров Р.Т., Махмудова З.К.,
Гафурова А.А., Исаева С.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии, г. Махачкала*

Фантастические успехи новейших биотехнологий, которые появились во второй половине и особенно в конце XX века, породили целый спектр мировоззренчески-этических проблем. Безграничные технологические возможности человека, который использует методы генной инженерии, клонирования, требуют новой определенности общества в плане отношения к человеку как к природной и социокультурной ценности. Возникают проблемы моральных регулятивов,» стандартов", позволяющих или запрещающих определенные вмешательства в человеческое биологическое.[1]

Биоэтика как система взглядов, представлений, норм и оценок, которые регулируют поведение людей с позиций сохранения жизни на Земле, играет все большую роль в обществе. Ее феномен привлекает значительное внимание философов и методологов науки, естествоиспытателей и медиков как на Западе, так и в России. Биоэтика сегодня является разделом философской дисциплины, изучающей проблемы морали в отношении всего живого. К сожалению, биоэтические принципы еще не стали обязательными для всего мирового сообщества.

Важными составляющими биоэтики медицинская этика и деонтология. Медицинская этика рассматривается не только как этап «нравственного совершенствования» современной медицины, а как поиск путей гуманизации медицины как науки. Впрочем, несмотря на все эти шаги, российские медики не всегда имеют достаточный запас знаний по этике, психологии, философии, чтобы ориентироваться в последних достижениях биомедицины. Поэтому крайне актуальными становятся проблемы современного преподавания биоэтики, формирования этико-деонтологического мировоззрения у студентов, изучение биоэтики в высших учебных заведениях.[2]

Не будет ошибочным утверждение, что сегодня за появления некоторой тенденции дегуманизации медицины в связи с реформами и реструктуризацией системы здравоохранения, значительно вырос запрос на медицинского работника, который обладал бы высокой морально-нравственной культурой. В условиях модернизации общества нельзя смириться с тем, что медицина, в частности стоматология, станет свободной от ценностей, прежде всего моральных. Отказ от моральных основ врачебной деятельности предстает особенно опасным в условиях распространения в обществе этического нигилизма, который непосредственно связан с обесцениванием традиционных общечеловеческих ценностей.[3]. Потеря нравственного значения медицинской деятельности равнозначна потере ее полноты и целостности.

Болезни зубов, органов и тканей полости рта человека является предметом профессиональной деятельности врачей-стоматологов. В настоящее время уже мало кто, даже, несмотря на страх перед зубо-врачебным креслом, станет заниматься самолечением. Пациенты у стоматологов будут, наверное, всегда. Именно поэтому специалисты в данной области представляют собой устойчивое сообщество, локальную группу в общем контингенте медицинских работников, причем, данная группа отличается от других подобных не только предметом своей деятельности, но и способами самоорганизации, признаками отделения, корпоративными стандартами поведения. Эти способы, признаки и стандарты с необходимостью включают нравственные ценности, вокруг которых координируется стоматологическая деятельность.

Личность современного студента-стоматолога формируется в период, когда в обществе возникла некоторая неопределенность системы ценностей. Ценности, которые пропагандируются массовой культурой, оказываются диаметрально противоположными тем, которые традиционно были присущи лучшим представителям отечественной медицины. Учитывая то, что влияние социальной среды проявляется гораздо сильнее влияние системы образования, немалую значимость приобретает создание в высшем медицинском учебном заведении образовательной среды, которое бы способствовало формированию этико-деонтологической культуры будущего специалиста.

Анализ современной отечественной научно-теоретической основы позволяет определить этико-деонтологическую компетентность стоматолога интегративным личностным образованием теоретических знаний, практических умений, профессионально значимых качеств и опыта, что обуславливает готовность личности к решению прежде всего вопросам стоматологической практики и обеспечивает высокий уровень профессиональной культуры.

Следует отметить, что компетентность стоматолога требует постоянного развития, является динамическим личностным образованием, поскольку его содержательное наполнение и качественный уровень зависят от многих факторов: жизненного опыта личности, развития права, морали, образования, культуры и тому подобное. Осознание профессиональных задач, осмысление профессиональных решений и их последствий, обобщение собственного опыта и опыта предшественников, прогнозирования перспектив – эта внутренняя духовная работа даст будущему стоматологу выстроить лучшую стратегию своего профессионального роста. Большое значение будет иметь то, насколько врач отвечает за свои поступки, действия, слова.

Врач-стоматолог, как и всякий врач, выполняя свой профессиональный долг в отношении больного или здорового человека, обязан, с одной стороны, обеспечить предоставление ему необходимой стоматологической помощи, используя все достижения современной стоматологии, и с другой стороны, всеми мерами избежать нанесения своими действиями какого-либо вреда ее физическому состоянию и психике.

К основным компонентам этико-деонтологической культуры стоматолога можно отнести:

- знание-информация об окружающем и внутреннем мире человека, зафиксированная в сознании студентов путем преподавания цикла дисциплин профессиональной, практической, гуманитарной подготовки;

- деонтологические умения-психические образования, заключающиеся в усвоении студентами способов действовать в соответствии с деонтологическими принципами;

- деонтологические навыки-деонтологические действия, доведенные до автоматизма;

- профессиональные способности и т. д.

Одним из главных условий достижения успеха в лечении является доверие больного к врачу. Анализ стоматологической практики свидетельствует, что конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевывать его доверие, возникают чаще за любые другие жалобы. Чтобы завоевать это доверие, недостаточно иметь высокие профессиональные знания, надо еще уметь найти подход к больному. Установление доверительного межличностного контакта в системе «врач - пациент», эффективное общение врача с пациентом в процессе лечения являются ведущими факторами успешного лечения. Следует подчеркнуть, что деонтология в стоматологии тесно связана с профилактикой конфликтных ситуаций в системе межличностных отношений «врач-пациент». Кроме того, успех стоматологического лечения во многом зависит от психологических аспектов адаптации пациентов к определенным стоматологическим вмешательствам. Вообще, психологические знания, навыки и умения врача-стоматолога составляют важный аспект медицинской деонтологии, поскольку позволяют ему определить индивидуально - психологические особенности личности пациента для выбора наилучшей тактики при стоматологическом обслуживании. При несостоятельности врача - стоматолога диагностировать тип личности пациента, при незнании им алгоритма поведения с людьми того или иного характерного типа и неумении психологически правильно выстроить свою доминантную роль в лечебном процессе, повышается вероятность повышения влияния субъективных оценок, продуцируемых самим пациентом. Поэтому с целью эффективного взаимодействия в системе «врач-пациент» стоит учитывать характер, темперамент, тип нервной системы пациента. Знание различных характерологических типов пациентов необходимы любому врачу, и прежде всего для того, чтобы применять психотерапевтическое воздействие в рамках деонтологического поведения врача-стоматолога. Вместе с тем вопросы, связанные с изучением типов реагирования пациентов с различными характерологическими особенностями на стоматологическом приеме, их влиянием на процесс адаптации в различных стоматологических практик, изучены недостаточно.

Овладение студентами цикла гуманитарных дисциплин в медицинском учебном заведении – является необходимой составляющей формирования их профессиональной культуры. Будущий стоматолог должен понимать социально-гуманитарный измерение своего назна-

чения, от профессионализма в области стоматологии до принципов этического и законодательного регулирования врачебной деятельности. Профессия врача-стоматолога — это профессия, которая формируется на моральной почве, имеет моральное значение и наполнена глубоким моральным содержанием. И студент, получающий профессию стоматолога, должен осознавать, что этико - деонтологическая культура стоматолога - это не просто свойство его личности, которая заслуживает уважения, но и качество, определяющее его профессионализм.

Список использованной литературы

1. Биотехнология. Биобезопасность. Биоэтика. Под ред. проф. А.П. Ермишина. – Минск: Технология, 2009. – 425 с.
2. Засухина В.И. Основы консервативной биоэтики. – Чита: Забайкал. Гос. гум.- пед. ун-т, 2008. - 113 с.
3. Beauchamp, T.L. Principles of Biomedical Ethics / T.L. Beauchamp, J.F. Childress. — 6th ed. — N. Y.: Oxford University Press, 2009.

ЭТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ДОБРОВОЛЬЧЕСТВА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ

Хаджиалиев К.И., Абиева Э.Г., Шахшанатова У.Ш.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Вопрос использования потенциала добровольчества в формировании различных социально значимых качеств личности многоаспектен и достаточно актуален, особенно в последнее время. В современных условиях даже экономику предлагают перевести на поведенческие механизмы взаимоотношений предпринимателей, в которых при принятии решений они должны чувствовать социальную ответственность за судьбу людей, вовлеченных в дело и справедливость в распределении полученных материальных средств. Аналогичные проблемы возникают и в других областях профессионального образования, преимущественно имеющих отношение к человеку

и различным сообществам людей. Одной из таких областей является профессиональная подготовка медиков. Их работа непосредственно связана с сочувствием к другим людям, тактичностью и терпимостью в отношениях, наблюдательностью и гибкостью в поведении, коммуникабельностью и организаторскими способностями в коллективе, ответственностью за жизнь людей.

В этих условиях возрастает необходимость ориентации социальных и производственных отношений, профессиональную направленность специалистов на альтруистические мотивы, которые связаны с бескорыстной заботой о благополучии других людей. Альтруизм (от лат. *alter* - другой) при этом определяется как направленность личности, при которой основным мотивом ее поведения являются интересы другого человека или социальной общности [5].

Но при этом возможны два основания проявления личностью доброты на основе альтруистических чувств. В ситуациях, имеющих однозначный смысл ценностей, принятый в обществе, субъект может придерживаться такого поведения, основываясь на потребности действовать в соответствии с общепринятыми ценностями, желанием приобрести новые полезные навыки, потребностью стать членом группы и заслужить одобрение окружающих, приобретением нового опыта, а также повышением самооценки посредством укрепления чувства собственного достоинства. Такой подход принято называть нормативным, и он не учитывает личностную и индивидуальную позицию человека. Практика подтверждает, что при таком настойчивом и систематическом давлении ценностей на личность можно получить продуктивные результаты в формировании социально-профессионального самоопределения студентов.

Если ситуация требует разных вариантов оценки и принятия решений, то субъект основывается на личностном субъективном смысле, которое связано с его природными структурами, близкими к альтруизму [6].

К таким характеристикам можно отнести: предрасположенность к сопереживанию человеку, сочувствие как отзывчивое, участливое отношение к переживаниям, эмпатию как аффективную связь с другим человеком, открытость в общении и др., т.е. все, что связано с этическими проблемами. Такой подход принято называть интерпретативным, и его связывают с идеями и принципами «понимающей социологии» «понимающего поведения» и считается, что в нем ак-

туализируется ориентация на культурные, ценностно-смысловые детерминанты самоопределения и самореализации индивида в предлагаемых социальных условиях.

В исследованиях в качестве необходимых принципов приучения молодежи к альтруистским чувствам выделены:

1. Готовность жертвовать своими интересами, благополучием и даже жизнью ради помощи другим людям.

2. Бескорыстие, которое выражается в помощи нуждающимся людям, без ожидания материальной, психологической или физиологической выгоды.

3. Гуманность и милосердие в форме веры в благополучие жизни каждого человека, в перспективу благополучия общества.

4. Бескорыстное распространение знаний, ценной информации и передача опыта тем, кто в нем нуждается.

5. Жизнь в гармонии с окружающими без проблем, не причиняя зла обидчикам, не доставляя никому неприятностей, не вступая в конфликты.

Скромность и анонимность, которые выражаются в отсутствии хвастовства, гордыни, без напоминания о совершенных им добрых делах [4].

Для такой подготовки, имеющей этическую направленность, больше подходит волонтерская, добровольческая деятельность. Волонтерство (добровольчество) как научное понятие означает широкий круг деятельности, включая традиционные формы взаимопомощи и самопомощи, официальное предоставление услуг и другие формы гражданского участия, которая осуществляется добровольно на благо широкой общественности без расчёта на денежное вознаграждение. В словаре Ожегова С.И. под волонтерством понимается добровольное выполнение человеком обязанностей по оказанию безвозмездной социальной помощи, услуг, добровольный патронаж над инвалидами, больными и престарелыми, а также лицами и социальными группами населения, оказавшихся в сложных жизненных ситуациях [1]. В данных определениях сущностным признаком волонтерства указано понимание необходимости оказания безвозмездной помощи людям с жизненными проблемами.

Сравнительный анализ различных аспектов волонтерства показывает, что здесь четко виден социальный характер и позитивный этический потенциал добровольческой деятельности.

В числе личных обязанностей волонтеров рекомендованы: способствовать тому, чтобы индивидуальное участие преобразовывалось в коллективное действие; активно поддерживать свои ассоциации, быть преданным их целям и осведомленным об их политике и деятельности; стремиться, в меру своих способностей и наличия свободного времени, доводить до успешного завершения, взятой на себя ответственностью, совместно выработанные программы; сотрудничать со своими коллегами по ассоциации в духе.

Добровольческая деятельность позволяет активизировать внутренние механизмы формирования человека как гармонично развитой и социально ответственной личности за счет апеллирования к этическим, нравственным началам самосознания на основе добровольности [4].

Опираясь на результаты многих исследований, можно заметить, что в общем мнении молодежи при социологических опросах добровольчество пока не занимает приоритетное положение. Так в исследовании, проведенном в Мурманском арктическом государственном университете, приоритеты добровольчества студенты распределились следующим образом. Лидеры оценили свои позиции в добровольчестве на высоком уровне, но это выражено и их самооценке и присущей им высокой социальной активности. При этом только около половины молодых лидеров (57%) полностью одобряют волонтерство. Примерно треть (30,6%) от общего числа респондентов частично одобряет данный вид деятельности, отмечает его общественную пользу, но не видит ее в том объеме, в котором ей хотелось бы увидеть, что еще раз говорит о необходимости продолжения работы по развитию волонтерских практик среди молодежного сообщества.

Среди доминирующих ценностей волонтерства большая группа молодых лидеров (32,8%) считает его фактором, способствующим положительным социальным изменениям в обществе. Возможности добровольческой деятельности в ориентации на профессию и самоопределение в профессии отметили (22,9%) опрошенных студентов. Влияние добровольческой деятельности на самореализации личностного потенциала и инициатив поддержали (15,8%) студентов, привлеченных к тестированию. Получение общественного признания и понимание смысла жизни при занятии добровольчеством отметили всего (8,3%) [3]. Сравнение этих результатов показывает,

что социальные мотивы и проявление активности студентов в добровольчестве превалируют над формированием альтруистских свойств и личной открытости к проблемам других людей, которые являются существенными признаками добровольчества.

Сравнительный анализ результатов приведенных пособий и рекомендаций по организации добровольческой деятельности студентов показывает, что в них недостаточно обращено внимание на сущность волонтерской деятельности, как внутренней установки молодежи на помощь человеку, нуждающемуся в помощи, не задумываясь о личном благе или выгоде.

Соответственно, всю работу в подготовке волонтеров необходимо направить на выявление, оценку и развитие альтруистских чувств, отношений и поведения, которые на различных уровнях уже действуют у потенциальных волонтеров. Если такие ростки не выявлены, а социальные мотивы у некоторых студентов сложились, необходимо начинать работу по формированию альтруистских отношений и поведения. Адекватными такой работе в современных условиях профессионального образования являются интерактивные и смыслообразующие педагогические технологии.

Обобщая проведенный анализ волонтерской (добровольческой) деятельности, можно сказать, что она является одним из существенных компонентов реализации гуманистической функции профессионального образования, целенаправленному формированию этики взаимоотношений. И, наоборот, добровольчество предполагает гуманность и милосердие, поскольку оно направлено на сочувствие, благотворительность, улучшение этических основ взаимодействия людей, которые должны улучшить жизнь людей.

Список использованной литературы:

1. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений. - М.: Азбуковник, 2001. - 940с.

2. Петошина С.И., Рыжкова И.В., Тегалева Т.Д. Педагогическое волонтерство в образовательных учреждениях как фактор развития социальных и профессиональных компетенций студенческой молодежи // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6.; Режим доступа: [http:// science-education. ru/ru/article/view?id=23397](http://science-education.ru/ru/article/view?id=23397) (дата обращения: 21.01.2020).

3. Принципы профессионального самоопределения. Режим доступа: <https://lektsii.org/16-39456.html>

4. Сикорская Л. Е. Педагогический потенциал добровольческой деятельности в социализации студенческой молодежи: дисс. ... д-ра пед. наук – М., 2011.- 421с. Режим доступа: <http://lib.ua-ru.net/diss/cont/486868.html>

5. Человек и общество. (Культурология) Словарь справочник. Режим доступа: <http://rudocs.exdat.com/docs2/index-586793.html>

6. Южанинова (Маркулес) Е.А. Альтруизм в структуре личностных потребностей волонтера. Режим доступа: <https://www.b17.ru/article/6520/>

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА

**Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Эседова А.Э.,
Кадиев А.Ш., Тайгибов Х.Н.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра анатомии человека, г. Махачкала*

В деятельности средних медицинских работников (медсестра, фельдшер, акушерка) и подготовке врача важнейшее значение имеет знание анатомии, особенностей строения организма с учетом 1) социальных, 2) возрастных, 3) половых, 4) профессиональных, 5) трудовых, 6) этнотерриториальных, 7) географических, 8) экологических, 9) физкультурно-спортивных, 10) вредных, 11) алиментарных, 12) неблагоприятных факторов внешней и внутренней среды, 13) генетических, 14) индивидуальных и 15) конституциональных особенностей.

Можно смело утверждать, что нет ни одной врачебной специальности, где бы не использовали закономерности строения и функционирования организма человека. Анатомия человека – важнейший базис медицинского образования.

Анатомия человека является фундаментом медицины, с нее начинается изучение предметов медицинского образования, состав-

ляет первую ступень, обеспечивающую материалистическое формирование и диалектическое мировоззрение врачебного мышления. Практическое применение анатомических знаний поистине безгранично. Значение анатомии как основы теоретической и практической медицины прекрасно понимали выдающиеся врачи всех времен и народов (3).

На важное значение изучения формы, структур и строения органов тела человека для успешной деятельности врача указывали многие авторитеты, корифеи и лидеры медицины и науки древних времен и современности. Древнеримская пословица – кто хорошо диагностирует, тот хорошо лечит (qui bene diagnostic, bene curat) и соответственно нужно иметь достаточно хорошую анатомическо-физиологическую основу (1-7).

В этом плане примечательны высказывания выдающихся ученых, врачей, общественных деятелей, поэтов, писателей, биологов и педагогов.

Знаменитый врач Древней Греции Гиппократ (460-377гг. до н.э.) – отец медицины, считал анатомию человека первоосновой медицины. Он писал, что изучение человеческого тела есть самое главное в искусстве медицины. Гиппократ утверждал, что в основе строения тела человека лежат 4 «сока»: кровь (sanguis), слизь (phlegma), желчь (chole), черная желчь (melaena chole) и соответственно выделял виды темперамента человека: сангвиник, флегматик, холерик, меланхолик, т.е. был стихийным материалистом.

Этическое, эстетическое, прикладное значение имеет для врачей механизмов, сроков регенерации скелета. Необходимо знать факторы, влияющие на остеогенез (токсические, пестициды, экологические, генетические, медикаментозные, наркомания, алкоголь, вирусы и т.д.).

Этические проблемы возникают при учете различных пороков и аномалий развития, бережное отношение к таким пациентам (пороки сердца, скелета, мозга, внутренних органов и т.д.).

В эстетической медицине велика роль пластической, реконструктивной и восстановительной хирургии с учетом особенностей строения областей тела человека (губы, лицо, брови, уши, молочные железы).

Проблемы возникают при устранении дефектов и исправлении различных вариантов, пороков развития анатомии, особенно когда пациент сталкивается при неудачных пластических операциях.

Пластическая хирургия, как раздел медицины, обязана удовлетворить косметологические и эстетические желания пациента. Для внешнего облика пластический хирург обязан удовлетворить потребности улучшения внешних показателей с учетом анатомических форм, размеров, топографии, индивидуальных особенностей.

Особенно много внимания требует к труду пластического хирурга при реконструктивных операциях в полостях носа, губ, лица, молочных желез и т.д. с целью удовлетворения косметологических и пластических вмешательств у пациентов.

При внешних недостатках пациент хочет ликвидировать анатомические дефекты.

Список использованной литературы:

1. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. «Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок» // Минск, 1994-107с.
2. Гусейнов Т.С. «У истоков медицины» // Махачкала, арендная типография №6, г. Изберг, 1991-71с.
3. В.В. Куприянов, Б.А. Никитюк «Методологические проблемы анатомии человека» // М., изд-во «Медицина», 1985-192с.
4. Крыжановская И.И. «Нравственное воспитание медицинских работников» // Киев, Здоровье, 1989-96с.
5. Лисицын Ю.П. «Теоретические основы врачебной этики и медицинской деонтологии» // М., ЦОЛИУВ, 1975-95с.
6. Шамов И.А. «Искусство врачевания» // Махачкала, 1987-368с.
7. Этинген Л.Е. «Страна анатомии» //

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ: ЭВОЛЮЦИЯ НАУЧНЫХ ВЗГЛЯДОВ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Багомедова Н.В., Мусаева Ш.М., Ахмедова А.Р.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Профессиональная этика – это система нравственных норм и моральных принципов, свойственная определенному профессиональ-

ному сообществу. Медицинская этика и деонтология являются частью общей этики. Основные вопросы в её ведении – сложности коммуникации сотрудников клиники как в медицинском коллективе, так и в работе с пациентами.

Медицинская этика в научной литературе трактуется с двух точек зрения – широкой и узкой. С широкой точки зрения медицинская этика представляет собой систему норм поведения медиков и принципов регулирования медицинской деятельности [1, с. 6]. С узкой точки зрения под медицинской этикой подразумевают определенный тезаурус регуляторов медицинской деятельности, в том числе и регулятивных требований к морально-нравственным качествам и установкам медика [2, с. 82].

Основным предметом медицинской этики издревле считали проблемы регуляции взаимоотношений врача и больного, лечения болезней и спасения жизней.

Основу «Клятвы» Гиппократов составляют три этические установки:

1. Высоконравственный облик врача распространяется не только на его профессиональную деятельность, но и на частную и общественную жизнь.

2. Врачу абсолютно запрещается совершать действия, угрожающие жизни человека или способствующие этому.

3. Профессиональная деятельность врача не должна определяться материальными факторами, то есть медицина рассматривается как бескорыстное служение обществу: одинаковую медицинскую услугу должны получить и богатый, и бедный пациент [4, с. 87–88].

Основным принципом модели медицинской этики Гиппократов выступает сентенция «не навреди». Данный принцип выступает регулятором гражданской составляющей профессиональной этики врача.

В процессе обучения студентов преподаватели опираются на основные этические установки. Все студенты обязаны соблюдать форму, которая всегда должна быть чистой. Студент-медик, и в повседневной жизни обязан быть опрятным, воспитанным, внимательным к окружающим. Форма врачей белая – это признак чистоты, в том числе и духовной.

Сегодня выделяют следующие принципы медицинской этики:

1. Компетентность специалиста.

2. Непричинение вреда здоровью пациентов.
3. Приватность.
4. Формирование комфортных условий для пациента.
5. Справедливость.
6. Соблюдение принципов «автономности» пациента.
7. Правдивость.

Каждый из этих принципов нацелен на улучшение здоровья больного и его сохранение.

Выделим основные причины нарушений деонтологических норм.

1) Непроизвольное нарушение. Бывает очень сложно сдержаться, если пациенты начинают хамить и грубить, предъявлять необоснованные претензии (находясь в алкогольном опьянении и не только), и врач может совершенно случайно нарушить нормы, сам того не желая.

2) Профессиональное выгорание, которое было вызвано постоянной ответственностью за чужое здоровье или даже жизнь. Это наблюдалось при борьбе с опасным и невидимым «врагом» - COVID 19.

3) Некоторым студентам и выпускникам медицинских ВУЗов не подходит профессия врача, и проблема совсем не в знаниях, а в характере, навыках общения, не умении слушать и сострадать. В практическом плане это означает только одно – данный человек не может творить добро [5, с. 86–87].

Термин «деонтология» (от греч. *deontos* – должное) впервые прозвучал в работе английского философа-утилитариста И. Бентама «Деонтология, или Наука о морали». Согласно концепции мыслителя, функционирование общества в целом и профессиональных сообществ, в частности, должно осуществляться при том условии, что в обязательном порядке соблюдается ряд моральных принципов и нравственных установок. В соответствии с идеями деонтологии, деятельность медицинского работника любого уровня и квалификации определяется следующей иерархией: 1. Нравственные регулятивы общества. 2. Морально-нравственные установки профессионального сообщества медиков. 3. Действия врача в конкретных ситуациях, детерминированные его разумом и волей [7, с. 22]. В основе деонтологической модели медицинской этики лежит принцип «соблюдения долга». На основании данного принципа в медицинском сообществе разрабатываются требования, которые расцениваются в качестве обязательных. В последующем, данная наука пре-

терпевала ряд кризисов. Очередной кризис медицинской этики был вызван двумя причинами. Во-первых, деонтология излишне регламентировала медицинскую практику, «консервируя» морально-этические нормы медика, излишне бюрократизируя медицинскую практику. Так, например, согласно деонтологическим принципам роль пациента была определена как пассивная. В связи с этим культивировалась практика информационной блокады больных, поскольку считалось, что неблагоприятные известия о диагнозе пациента сыграют далеко не позитивную роль в его возможном выздоровлении. Как следствие, в культурном срезе обнаруживалась несформированная готовность пациента распоряжаться собственной судьбой. Данная проблема тесным образом была связана со следующей причиной возникновения кризиса медицинской этики в XX в. Во-вторых, научно-технический прогресс, определяя контуры современной медицины, вызвал к жизни ряд неразрешимых или трудно разрешимых в области деонтологии проблем, например проблемы аборта (с одной стороны, аборт для плода есть убийство, что противоречит принципу «не навреди», с другой стороны, в рамках разработки концепции прав человека утверждается идея права женщины на аборт), эвтаназии (здесь происходит столкновение права смертельно больного пациента на достойную и / или безболезненную смерть и принципа медицинской этики «не навреди»).

Итак, кризис деонтологии был разрешен появлением новой парадигмы медицинской этики – биоэтики (Ван Р. Поттер, Й. Бар-Коэн, М.М. Джексон, Р.М. Рестак, Х.А.Е. Цварт, С.М. Малков, Д.А. Семёнова, Б.Г. Юдин и т.д.).

В основе биоэтической модели медицинской этики лежит принцип автономии личности. Данный принцип предлагал несколько иначе регулировать взаимоотношения больного и врача. В контексте биоэтического учения пациент является полноправным участником процесса лечения, следовательно, он имеет право владеть всей информацией о состоянии своего здоровья, обо всех возможных прогнозах, а также участвовать в выборе способа лечения или отказаться от него. Надо отметить, что на данный момент очень важно (это является обязательным!) – получение информированного согласия пациента для проведения осмотра врачом, для различных обследований, процедур и манипуляций.

Развитие медицины во второй половине XX в. (трансплантология, протезирование, генетика и т. п.) актуализировало специфические контексты принципа автономии личности, зародившегося как особое ответвление концепции прав человека. Поскольку высокотехнологичные медицинские услуги определялись не только экономическим, но и научным потенциалом, с целью соблюдения биоэтического принципа прав человека потребовалась разработка инфраструктур, обеспечивающих доступ к дорогостоящим медицинским процедурам всех людей. В качестве данных инфраструктур выступили биоэтические комитеты, общества, научно - исследовательские институты, а также система медицинского страхования, предполагающая удержание части заработанных средств всех граждан с целью последующего их разделения для покрытия высоко затратных медицинских процедур тем, кто в этом нуждается. Под влиянием биоэтических программ начинает происходить трансформация исторических моделей медицинской этики. Принцип медицинской этики Гиппократов «не навреди» получает интерпретацию в контексте этического представления о благополучии человека, складывающегося не только из физического, но и из духовно-нравственного и социального здоровья. Соответственно, здоровье как ценностная категория ограничивается рамками полноценности существования пациента (многие современные диагностические медицинские процедуры способны отрицательно влиять на здоровье пациента).

В рамках современной биоэтической концепции медицинской этики оформлены требования к профессиональной деятельности медицинских работников, основанные на принципах гуманизма, профессионализма, научности медицинских вмешательств, самокритичности поведения на морально-этическом, профессионально-медицинском и правовом уровнях. Конкретизация данных требований может быть представлена системой основополагающих требований: своевременности и актуальности оказываемых медицинских вмешательств; научной обоснованности и правильности технологии оказания медицинской помощи; сохранения медицинской тайны; уважения прав и свобод личности пациента; соблюдения принципов медицинской этики.

Особое значение для подготовки будущих врачей имеет сфера практической медицинской этики, регулирующая особенности морально-этического выбора и поведения медика в конкретных про-

фессиональных ситуациях. Причем нравственно-этические установки и ценности наряду с медицинскими компетенциями выступают критерием готовности будущих врачей к профессиональной деятельности.

Каждодневный труд преподавателя медицинских ВУЗов включает в себя не только обучение предмету, но и воспитание достойной смены людей в белых халатах.

Список использованной литературы:

1. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1988;
2. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания // Казанский медицинский журнал. 1998. № 2;
3. Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). М., 1999;
4. Гиппократ. Избранные книги. М., 1936;
5. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5;
6. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. М., 2001;
7. Грязин И.Н. Иеремия Бентам (1748–1832). Таллинн, 1990.

ЭТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИВИСЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ

Измаилова А.Х.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра нормальной физиологии, г. Махачкала*

*«Зачем вам мудрость, если нет милосердия?»
Жан Жак Руссо*

Одна из фундаментальных дисциплин, которую студенты медицинского вуза изучают на втором курсе – нормальная физиология, носит экспериментальный характер. На вводных занятиях (лек-

ционных и практических) мы говорим студентам о том, что все знания, накопленные в физиологии, а официальной датой её «рождения» как науки считается 1628 год, когда английский врач, физиолог Уильям Гарвей экспериментально доказал, что кровь движется по системе замкнутых кругов кровообращения, являются эмпирическими, полученными в результате наблюдений и экспериментов. На протяжении столетий эксперименты на животных являются основой развития физиологии как науки.

Уже на первых практических занятиях мы знакомим студентов с драматической историей открытия электрических явлений в возбудимых тканях и демонстрируем классические опыты итальянского врача, профессора Болонского университета Луиджи Гальвани. В 1791 году он провел свой знаменитый «балконный» опыт, который навел ученого на мысль о том, что в живых тканях есть электричество. Способствовало этому случайное стечение обстоятельств. Во время грозы, изучая влияние атмосферных электрических явлений на ткани препарата задних лапок лягушки, Гальвани подвешивал его на медном крючке к железным перилам балкона и наблюдал интересное явление – каждый раз, когда лапки лягушки, раскачиваемые ветром, прикасались к перилам балкона – мышцы сокращались. На основании этого Гальвани пришел к выводу, что сокращения лапок вызваны «животным электричеством», зарождающимся в спинном мозге лягушки и передающимся на мышцы препарата по металлическим проводникам.

Однако против этого положения выступил физик Александр Вольта, который повторил опыт Гальвани и установил, что сокращения мышц вызваны не «животным электричеством», а цепью, образованной из разнородных металлов — меди и железа. И как вскоре подтвердилось - Вольта оказался прав. Мы рассказываем студентам, что во всей этой истории поучительно то, что двое ученых, не рядовых, а оставивших глубокий след в науке, произвели один и тот же опыт, но выводы из них сделали совершенно разные. Долгое время они яростно спорили между собой, отстаивая свои гипотезы. И это тот пример конструктивного спора, когда в результате рождается не только истина, но и возникают новые научные идеи и направления. Так, теория Луиджи Гальвани положила начало целому направлению в физиологической науке – электрофизиологии, а теория Александра Вольта позволила автору прийти к величайшему

открытию своего времени – в созданной им первой гальванической батарее (кстати, назвал он её так в знак уважения к своему оппоненту) были заложены основы современных электростанций.

Классические опыты Гальвани, которые основоположник электрофизиологии, немецкий ученый Дюбуа-Реймон назвал «красивейшими опытами столетия», вызывают неподдельный интерес со стороны студентов к нашей дисциплине. Но тут возникает дилемма этического порядка: правомерно ли показывать опыты, связанные с вивисекцией, будущим врачам, которых в стенах нашего вуза мы учим быть милосердными, сострадать, ценить не только человеческую жизнь, но и жизнь «братьев» наших меньших? Тем более что в Европейской Конвенции №123 говорится, что в базовых курсах обучения университетского образования вообще не должны использоваться животные.

История «живосечения» («vivisection» - «резать по живому») уходит своими корнями в глубокую древность. Почти тысячу лет назад, во втором веке, когда в Римской империи христианство утвердилось в качестве официальной религии, исследования на живых и мертвых были запрещены. Под страхом смертной казни нельзя было вскрывать человеческие трупы. Таким образом врачей лишили возможности изучать анатомию. Гален – придворный врач римского императора Марка Аврелия - первым вместо трупов людей стал использовать в экспериментах живых коз, обезьян, свиней, полагая, что органы животных аналогичны человеческим. Не зря Галена называют «отцом» вивисекции. Особое развитие вивисекция приобрела в XVI–XIX веках, когда экспериментаторы ставили крайне жестокие опыты на живых животных, считавшихся, по мнению философа Рене Декарта, бесчувственными механизмами по причине «отсутствия души». Публичные демонстрации «острых» опытов физиологами вызвали широкое противодействие общественности, резко осуждавшей вивисекцию с позиций этики и морали. «Какая нищета ума, сказать, что животные — машины, лишённые понимания и чувств!» - возмущался французский философ Вольтер. За создание законов, препятствующих издевательствам над живыми существами, выступали В. Гюго, Ч. Дарвин, Б. Шоу, Р. Бернс, Д. Голсуорси, Л. Толстой, Марк Твен, А. Эйнштейн и др. В конце XX века против вивисекции, как малоэффективного, амо-

рального, и даже вредного для здоровья человека, явления, выступили тысячи врачей по всему миру.

Альберт Швейцер, немецкий философ, лауреат Нобелевской премии мира сформулировал принцип этического учения, суть которого «выказывать равное благоговение перед жизнью как по отношению к моей воле к жизни, так и по отношению к любой другой». Согласно этике «благоговения перед жизнью», инстинкт самосохранения, стремление жить заслуживает глубокого уважения независимо от того, человек ли это или одноклеточное существо. Этика, по мнению Швейцера, - это ответственность за все, что живет. Во многих странах мира де-юре действуют законы, ограничивающие нанесение вреда и боли подопытным животным, а также запрещающие некоторые виды экспериментов (правда, де-факто эти предписания по большей части не соблюдаются).

В 1987 году, в США, был создан прецедент отказа студентом от проведения вивисекции в учебном процессе и суд признал за студентом такое право, впоследствии был утвержден билль прав студентов, позволяющий им не участвовать в опытах на животных, если это противоречит их нравственным принципам.

Ряд ВУЗов в разных странах вообще отказался от опытов на животных в учебном процессе. К примеру, в Италии принят закон, согласно которому учебные заведения биомедицинского профиля обязаны обеспечить возможность желающим учиться по индивидуальным альтернативным программам, исключая эксперименты на животных. Пересмотр системы обучения в учебных заведениях биомедицинского профиля предполагает использование живых животных только в самых необходимых случаях.

Именно такой подход мы практикуем в настоящее время на занятиях по нормальной физиологии, сведя к минимуму «острые» опыты на животных. Классические опыты Станниуса, демонстрирующие градиент автоматии сердца, Л. Гальвани, доказывающие наличие в тканях «животного электричества», опыт центрального торможения по И.М. Сеченову - вот собственно то небольшое, из области вивисекции, что осталось на наших практических занятиях. Это те опыты, которые внесли большой вклад в науку и вошли в историю мировой медицины.

Во всем мире сегодня высшие образовательные учреждения медицинского и биологического профиля стремятся воплотить идею о

гуманном обучении, в процессе которого познавательные задачи решаются с использованием альтернативных методов. Сейчас есть возможность создать на кафедре фонд тематических фильмов, видео, специальных обучающих программ, чтобы на практических занятиях можно было проиллюстрировать как протекают в динамике те или иные физиологические процессы. Профессионально выполненное препарирование, демонстрация эксперимента и его результатов на экране зачастую даёт больше информации, чем если бы это исследование проводилось самими студентами. Поэтому у меня, как педагога с большим стажем работы, не вызывает сомнения, что использование альтернативных средств обучения вместо вивисекции принесет пользу и студентам, и преподавателям, и объекту эксперимента, а также всему процессу преподавания нашей дисциплины. В результате сложится ситуация, при которой нет проигравших - все в выигрыше. Использование альтернативных методов исследования, без животных, обеспечивает студентам необходимые знания, и в то же время учит будущих докторов с уважением относиться к разным формам жизни.

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ордашев Х.А., Османова Д.М., Тагирова А.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

*Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии с усовершенствованием врачей, г. Махачкала*

Резюме. В работе приводятся стратегии поведения с разными типами пациентов; психологический портрет пациента; этика и деонтология взаимоотношений врача и пациента в ходе планирования, осуществления и оценки результатов реконструктивно - пластических и эстетических вмешательств.

Введение. У лиц с врожденной деформацией костей лицевого скелета психические переживания носят преимущественно невротический характер и проявляются чувством физической неполно-

ценности, ущербности, внутренней напряженности. Поэтому пластическая хирургия челюстно-лицевой области ставит перед медицинским персоналом больше деонтологических проблем, чем другие области медицины.

Психическое состояние больных, их реакция на искажение или полное отсутствие органов и тканей лица после перенесенной травмы, воспалительных процессов, новообразований и врожденных пороков развития, не всегда соответствует размерам повреждения или деформации. Сам факт травмы, «потеря лица» и его выражение как представительства личности, как способа общения с окружающими, близкими, переживается как тяжелая травма.

У таких больных в различной степени утрачиваются не только жизненно важные функции: жевательная, глотательная, дыхательная (биологический аспект), но и обезображивается лицо, нарушается речеобразование (социальный аспект). Пластические операции, особенно выполняемые после посттравматических резекций челюстей и удаления злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, отличаются значительной травматичностью, а проводимая по показаниям лучевая и химиотерапия сами по себе могут вызывать различные расстройства психической деятельности.

Внутренние эмоции и отражение их на лице человека не только воздействуют на окружающих, но и передаются самому человеку и составляют существенную часть личности. Возникают психическая неуравновешенность, чувство одиночества, отчужденности.

Больные с дефектами и деформациями челюстно-лицевой локализации лечатся в отделении челюстно-лицевой хирургии РКБ, в задачу которого входит не только обеспечение этих больных всеми видами лечения, но и их реабилитация с применением разнообразных методов восстановительной хирургии и челюстно-лицевого протезирования. Поэтому челюстно-лицевым хирургам приходится работать в тесном контакте с врачами других специальностей (стоматологи, хирурги, терапевты, радиологи, рентгенологи, ортодонты и др.).

При госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии врач проводит с больным беседы, в которых раскрывает характер предстоящей операции (с демонстрацией ранее оперированных больных), наркоза, возможных послеоперационных осложнений, указывает, что в некоторых случаях возможен рецидив деформации. Разъяснительная терапия направлена исключительно на мобилиза-

цию воли больного, который должен объективно оценивать сложность предстоящего лечения. Врач делает все возможное, чтобы смягчить тревожно-ипохондрические настроения больного, который неизбежно получает, помимо положительной, и негативную информацию от других пациентов. Врач также предупреждает родственников больного о том, что психика человека, перенесшего операцию, очень ранима и он требует бережного к себе отношения. Больной должен почувствовать, что его не оставили одного, для врача интересно не только его заболевание, но и он сам как личность. Следует обратить также внимание на формирование психологического контакта и доверия между больными и медицинскими сестрами, так как последние постоянно осуществляют уход за больными, выполняют ряд лечебно-диагностических мероприятий.

Выполняя пластические операции у онкостоматологических больных, следует обязательно хранить врачебную тайну, чтобы избежать у больного мысли о злокачественном характере его патологии. Необходимо предостеречь больного от таких психических и эмоциональных нагрузок, которые превышают его возрастные возможности. При контакте с родственниками больного необходимо не просто раскрыть им исход пластической операции и степень устранения эстетического дефекта и функциональных нарушений, но и оптимистически настроить их в плане возможности последующей социальной реабилитации больного с помощью как методов восстановительной хирургии, так и челюстно-лицевого протезирования.

В послеоперационном периоде по мере улучшения соматического состояния, исчезновения отеков, уменьшения болей у больных может отмечаться некоторое усиление невротической симптоматики в форме раздражительности, расстройства сна, депрессивного фона настроения, мрачных мыслей. Это происходит из-за того, что больной заостряет свое внимание на косметических недостатках, подчас возникает «симптом зеркала», когда больные ни на минуту с ним не расстаются. Поэтому моральная поддержка больного со стороны родственников, знакомых является важным фактором в профилактике возникновения у больных подобных психических нарушений. Если попытки больного найти поддержку со стороны близких наталкиваются на равнодушие, панический страх перед имеющим место дефектом лица, физическое отвращение, это ведет к появлению у него раздражительности, склонности к созданию

конфликтных ситуаций или, наоборот, к безразличию к окружающим и полному уходу в болезнь с активной самоизоляцией, односторонним разрывом социальных и семейных связей, часто с суицидными мыслями.

Надежда на выздоровление постепенно снимает ряд психических наслоений, больные становятся спокойными, рассудительными, терпеливыми и настроенными на многоэтапное восстановительное лечение, неоднократные пластические операции. Другими словами, надежда на «восстановление лица», по выражению самих больных, они начинают строить планы и перспективы на будущее, к ним возвращается радость жизни.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Пирова Р.Н.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский Государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра философии и истории, г. Махачкала*

Развитие биоэтики как отдельной научной дисциплины в России - началось в девяностые годы. Но при этом не стоит думать, что биоэтика в нашей стране возникла только лишь в конце прошлого столетия. Более того, именно в нашей стране впервые были созданы большинство биомедицинских технологий. В настоящее время дисциплина, изучающая моральную сторону регулирования взаимоотношений современной медицины и человека, охватывает многочисленные проблемы. Благодаря биоэтике углубляется и кардинально расширяется понимание индивида в его этических и природно-биологических аспектах. Здесь свое влияние оказывает гуманизация жизни всего общества и отдельного человека, процесс, вызывающий трансформацию медицинской и традиционной этики, технологизация медицины и т.д. Данные факторы как в положительном, так и в отрицательном плане влияют на развитие биоэтики. Сегодня в России нет четкого ответа на вопрос, касающийся актуализации данной дисциплины. Однако процесс формирования мировоззрения

признает каждый кто осознает гуманистическое значение проблем биоэтики. Иногда подобное воспринимается как образ жизни, навязанный нам Западом. [1]

Но несмотря на это процесс формирования биоэтического мировоззрения уже идет и требует философского осмысления некоторых традиционных проблем. Среди этих проблем выделяют понятие сущности человека, его жизни и смерти, лечения и выздоровления, болезни и здоровья и так далее. Основные проблемы, которые рассматривает биоэтика - это проблемы эвтаназии; самоубийства; трансплантологии; проблемы определений факта смерти; проведение экспериментов на человеке и животных; проблемы отношений между пациентом и врачом; проблемы отношения к людям, являющимся психически неполноценными; организации хосписов; проблема отношения к людям, являющимся психически неполноценными; деторождение и т.д. Все эти проблемы имеют как этический, так и правовые аспекты, которые должны рассматриваться в неразрывной связи друг с другом. Данные проблемы биоэтики не оставляет без внимания этические стороны искусственного прерывания беременности, контрацепции и стерилизации. Во всех этих моментах происходит вмешательство медицины в репродуктивную функцию.

Например, если рассмотреть такое действие как аборт, то можно задать вопрос: «Нарушает ли он основной принцип клятвы Гиппократова, который гласит: «Не навреди»?». Этично ли проводить его? Если да, то в каких случаях или можно всегда? Ответы на эти вопросы зависят от нравственных принципов и профессиональной подготовленности врача. В законодательных системах большинства стран мира человек получает конституционные права именно с момента рождения. Благодаря этому женщина имеет более высокий юридический статус чем эмбрион. Следовательно, в случае недоступности легальных и безопасных абортов женщины прибегают к не безопасным народным методам аборта, которые могут привести к серьезным осложнениям для здоровья и материнской смертности. Решение данных вопросов должны происходить с учетом этических требований и нуждается в подробной, детальной регламентации в нормативно-правовых актах. [5]

Кроме того, одним из важнейших проблем биоэтики является искусственное оплодотворение. С одной стороны, новейшие репродуктивные технологии затрагивают природу самого брака, которая

является важнейшей человеческой ценностью. С другой - для некоторых супругов это единственная возможность иметь ребенка. Биоэтика в данном случае призывает придерживаться той грани, когда искусственное оплодотворение помогает отчаявшейся женщине, не превращая данную манипуляцию в вид определенного эксперимента.

Еще один спорный вопрос, которое рассматривает биоэтика, является суррогатное материнство. Это процесс, при котором, от биологических родителей берется уже оплодотворенная яйцеклетка и вносится в матку другой женщины. Такую женщину называют суррогатной матерью. Она нужна для вынашивания ребенка. После того как ребенок рождается, его отдают биологическим родителям. Конечно, с одной стороны, это просто манипуляция, которая проводится над телесной природой ребенка. А с другой стороны, для многих это - единственный шанс создать полноценную семью, о которых, многие пары мечтают годами. [1]

Еще одна проблема, вокруг которой ведутся ожесточенные споры, является клонирование человека. Такой процесс возможно осуществить лишь с использованием новейших разработок генной инженерии. В обсуждении моральной стороны этого вопроса принимают участие биологи и врачи, политики и философы. Не обходят стороной данную проблему и священнослужители. В настоящее время существует две совершенно противоположных точки зрения. Одна из них исходит из того, что клонирование вполне этично и является безопасным для человека и общества. Сторонники этой точки зрения полагают, что клонирование является путем к бессмертию и устранению болезней. [3]

Но существует и противоположное мнение. Его сторонники считают, что подобная манипуляция аморальна. Кроме того, она несет в себе потенциальную опасность, так как наука пока еще не может предсказать все возможные последствия данного эксперимента. Очень сложные правовые и этические проблемы порождены трансплантологией. На сегодняшний день пересаживаются сердце и печень, легкое и костный мозг и т.д. Проблемы в данной области касаются обязанностей и прав донора, а также его родственников, медицинских работников, констатации факта необратимой гибели.

Еще одна проблема, которую нельзя оставить без внимания - вопрос трансплантологии, раздела медицины, изучающего проблемы трансплантации органов (в частности, почек, печени, сердца), а

также перспективы создания искусственных органов. Сегодня, проблема состоит в том, что закон о трансплантации сформулирован таким образом, что врачи могут позволить себе не сообщать родителям или близким родственникам погибшего человека о том, что у погибшего будут изымать органы, для дальнейшей трансплантации. Люди попадают в ловушку. Ведь, закон говорит о том, что медицинские учреждения должны быть извещены о несогласии родственников и близких. Только в этом случае доктора не изымают органы. Но на практике получается так, что люди сами должны догадаться, о том, что планируется изъятие. Подойти к врачу и сообщить о своем согласии или не согласии. Но такого не происходит. И в результате, на практике органы изымают без сообщения сведения родственникам, даже родителям, которые могут месяцами не отходить от палаты реанимации. Кроме того, при изъятии органов ведется учет. Не всегда количество изъятых органов соответствует количеству, указанному в актах. [2]

Законодательство России запрещает куплю - продажу органов. В статье 15 зафиксирована недопустимость продажи органов и (или) тканей человека. Создание рынка донорских органов и тканей и тем более получение прибыли от торговли считается абсолютно неприемлемым. Но, не секрет, что в соответствии с экономическим законом «спрос рождает предложение» существует «черный» рынок донорских органов и тканей. В таком случае, в качестве доноров-продавцов выступают живые люди, которые, из-за материальных причин, решают продать один из органов. В основном продают один из парных органов. Наибольшим большим спросом служат почки. Коммерциализация противоречит высочайшей гуманистической идее трансплантологии: смерть служит продлению жизни.

Именно соблюдение таких этических принципов, как: информированность о добровольном согласии, не причинение вреда и конечно же социальная справедливость являются решением данных проблем. Данные принципы являются основополагающими принципами любых национальных и международных этико-правовых документов, которые и регулируют деятельность медицинских работников в области трансплантации органов и тканей человека. Необходимо узаконить такое понятие, как презумпции несогласия, в соответствии с которым, для использования человеческих органов и тканей будет не допустима без юридически оформленного согласия.

Так же если посмотреть Международный кодекс врачебной этики можно увидеть, такое понятие, как врачебная тайна. Речь идет о положении Кодекса: «Врач должен сохранять абсолютную секретность во всем, что касается пациентов, которые ему доверяются». Также в регулировании медицинской деятельности проявляется связь правовых и морально-этических норм. Само понятие медицинская тайна - это определенные сведения или информация личного характера, которые передает пациент своему врачу. В Российском законодательстве, данную информацию составляет такие факты, как: состояние психического и физического состояния здоровья, сам факт обращения за медицинской помощью, диагнозы и прогнозы или любые другие сведения, которые сообщил или сам пациент врачу, или же было выявлено в ходе лечения/обследования. Основные лица, которые получают доступ к персональным данным, то есть основные субъекты, это сами работники медучреждения, практиканты, фармацевты, а также все те лица, которые получали подобную информацию от врача. Ими могут быть, например, следователи или другие представители правоохранительных органов. И поэтому в определенных условиях и обстоятельствах раскрытие информации медицинского характера вполне оправдано и легально. [2]

Конечно, чаще всего медицинскую тайну не разглашают, и это норма. Но, как известно всегда есть исключения из правил. Поэтому, существуют обстоятельства, когда информацию можно и нужно передавать третьим лицам. Например, если пациент не достиг пятнадцати - летнего возраста. В таком случае ответственность за его жизнь и здоровье несут родители. Поэтому, всю информацию о состоянии здоровья ребенка передают родителям или законным представителям.

Кроме того, в тех случаях, когда пациент не может самостоятельно выразить свою волю из-за физического или психического состояния, то есть полностью недееспособен, информация также передается третьим лицам.

Передача информации о нанесении телесных повреждений в правоохранительные органы. Для научных исследований необходимо наличие письменного согласия. Также может быть в тех случаях, когда необходимо обмен сведений между лечебными учреждениями.

По запросу правоохранительных органов. Кроме того, в определенных случаях даже родственники и близкие пациента могут по-

лучить доступ к подобной информации. Например, по письменному согласию разрешению самого пациента, или вообще без него, если он не выразил несогласие, особенно если заболевание тяжелое и исход неблагоприятен для пациента. [1].

При всем при этом, врачебная этика считает необходимым сообщать такие сведения максимально в деликатной форме. Закон наказывает за неправомерный доступ к сведениям подобного характера, для поддержания спокойствия граждан в обществе. Также предусматривается ответственность за несоблюдение конфиденциальности. Сначала дисциплинарная, то есть выговор или замечание от работодателя, а в серьезных случаях, дело может дойти вплоть до увольнения с занесением в трудовую книжку соответствующей записи. Существует и гражданско-правовая ответственность, когда пострадавшему пациенту выделяют денежную компенсацию. На сегодняшний день, не существует действующего ни российского, не международного законодательства, регламентирующего конкретный период времени, в течение которого, разглашение медицинской тайны запрещено. [3]

На сегодняшний день, биомедицина развивается невероятно стремительными темпами. Ее противоречивые во многом успехи вызывают у некоторых людей желание каким-то образом упорядочить достижения медицины и биологии, расставив их по степени риска. Это позволит обществу быть максимально готовым ко всем возможным для него последствиям. Для повышения качества оказываемой помощи в России, необходимо развитие всей системы здравоохранения. Возвращая людям утраченное здоровье, доктора невольно становятся носителями информации различного характера. Можно сказать, что это и помогает лечить пациента. Ведь просто так и кому попало, человек не станет открывать душу, а врачу придется сказать все начистоту. Вся загвоздка в том, что врач, как правило, это незнакомый человек. И доверять личную информацию без гарантии, что о ней не будут знать посторонние, просто на всего не хочется.

Вот тут-то и приходит на помощь медицинская этика, или деонтология, регулирующая отношения между пациентом и врачом. Все вопросы, связанные со здоровьем и жизнью больных, взаимоотношение с родственниками пациента, включает в себя именно врачебная этика. Но в последнее время стали актуальны вопросы, связан-

ные с такими темами, как медицинская тайна и эвтаназия. Данные проблемы являются очень серьезными и должны иметь четко решение как в морально и так законодательно. [2]

Официально взаимоотношения биоэтики и права оформлены в Российском законодательстве. При этом существует как один, общий документ - «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», так и несколько отдельных законов по наиболее проблематичным отраслям охраны здоровья. В первом разделе «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» перечислены сферы общественной жизни, которые комплиментарно сочетаются с положениями данного закона, в которых этот закон действует и, следовательно, может быть дополнен этической компонентой. Удивительно, что моральная регуляция не внесена в число мер по охране здоровья граждан. В статье 1 читаем: «Охрана здоровья граждан - это совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья». [4] Можно предположить, что моральная регуляция включена в «меры культурного характера», хотя она достойна того, чтобы быть выделенной в отдельную категорию. Получая право лечить больных, врач должен был приносить присягу, и нарушение этического кодекса всегда вело к ответственности врача перед законом. Конечно, моральные нормы несколько изменились за тысячелетия существования человеческой цивилизации, однако, главные принципы, на которых основана этика и деонтология в медицине: священность жизни больного и недопустимость использования его слабости, оставались нерушимыми.

Список использованной литературы:

1. Глазунова, Ю.Н. Медицинский эксперимент и его социально-правовое значение // Нужна ли России новая Конституция? / сборник материалов круглого стола 6 декабря 2019 года. - Курган: Изд-во Курган. гос. ун-та. - 2019. - С. 17-18.

2. Иммель, Л.А. Защита прав пациентов при проведении клинических испытаний новейших достижений биотехнологии в меди-

цине: общая характеристика // Пробелы в российском законодательстве. - Москва: Медиа-ВАК. - 2021. - №2. - С. 103-105.

3. Прутовых, В.В. Пределы компетенции судебно-медицинского эксперта при установлении степени вреда, причиненного здоровью // Российская юстиция. - Москва: Юрист. - 2020. - №1. - С. 61-65.

4. Старчиков, М.Ю. Врач и пациент как terra incognita отечественного законодательства, или В лабиринтах медицинской терминологии// Гражданин и право. - Москва: Новая правовая культура. - 2018. - №4. - С. 38. 5. Чупрова, А.Ю. Новые медицинские технологии: уголовно-правовые аспекты // Вестник Российской правовой академии. - Москва: РПА МЮ РФ. - 2020. - №1. - С. 58-61.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ И ЖИВОТНЫХ

**Горелова В.Г., Таибова П.А., Гамзаева А.У.,
Магомедова З.С., Ибрагимова Э.И.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра патологической физиологии
Кафедра лучевой диагностики, г. Махачкала*

В настоящее время четко определены новые подходы и требования к биомедицинским исследованиям. Научные цели клинических испытаний при лечении больного и неклинических медико-биологических испытаний при выполнении чисто научных медицинских исследований на людях должны быть обоснованы, ясно изложены в специальном протоколе, одобрены независимым этическим комитетом.

Эксперименты с участием человека должны основываться на данных, полученных в лабораторных исследованиях на животных. Это положение присутствует уже в Нюрнбергском Кодексе.

Эксперименты на животных позволяют не только лучше понять законы жизни и механизмы отдельных жизненных процессов, но и совершенствовать методы профилактики, диагностики и лечения болезней, как человека, так и животных. Кроме этого, многие создан-

ные человеком вещества, например, лекарства, пищевые добавки, химикаты необходимо испытать на биологическую активность, и совершенно очевидно, что такие испытания можно проводить только на животных, хотя, в конечном счете, они предназначены для выяснения воздействия на человека.

В связи с этим появляется ряд проблем морального порядка, однако, по общему мнению, умышленно жестокое обращение с животными недопустимо. Гуманное обращение с животными позволяет усилить формирование высоких моральных принципов у врача.

Основные принципы «Международных рекомендаций по проведению медико-биологических исследований с использованием животных», принятых в 1985 году Советом международных медицинских научных организаций сводятся к следующим предпочтениям и рекомендациям:

- использовать минимальное количество животных;
- сводить к минимуму причиняемые неудобства, страдания и боли;
- применять седативные, наркотические и другие болеутоляющие вещества.

Если по условиям эксперимента, требуется обходиться без них, то необходимо заключение этического комитета.

Если после эксперимента животное обречено на страдания, его следует безболезненно умертвить.

Из всех приводимых аргументов за клинический эксперимент и против него, прежде всего, вытекает необходимость выяснения принципиального вопроса, а именно: оправдан ли, справедлив ли эксперимент, проводимый на человеке? Ответ однозначен. Необходимость проведения эксперимента на человеке не подлежит сомнению и признается всеми.

Медицина не может идти вперед без этого. Эксперименты, проводимые на людях, помогают разработке более действенных профилактических и лечебных методов для человека будущего. Разумеется, много ценного приносят и эксперименты на животных, — с этого всегда следует начинать. Но окончательная проверка предлагаемых методов может быть сделана лишь наблюдением на человеке. Таким образом, вопрос не в том, проводить ли эксперимент, а как его проводить, т.е. как при эксперименте получить наибольшую информацию и соблюсти при этом этические нормы.

Любая проблема медицинской этики рассматривается исходя из основополагающих принципов:

- автономности;
- информированности пациента (родителей) о состоянии его здоровья и необходимости получения согласия на медицинские вмешательства;
- конфиденциальности;
- безопасности для пациента;
- уважения достоинства и ценности жизни каждого пациента;
- социальной справедливости.

Под *автономией* понимается форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением.

Согласно этому принципу принятие надежного в этическом отношении медицинского решения основано на взаимном уважении врача и больного и их активном совместном участии в этом процессе, требующем *компетентности*, *информированности* пациента и *добровольности* принятия решения. Этическим основанием принципа автономии личности выступает признание ее независимости и права на самоопределение.

Таким образом, уважение автономии относится прежде всего к личности, обладающей возможностью и правом распоряжаться своей жизнью и здоровьем, вплоть до сознательного отказа от лечения, даже если это решение будет стоить ей жизни. Принцип автономии личности тесно связан с другим основополагающим принципом биоэтики — информированным согласием.

Информированное согласие — принцип медицинской этики, требующий соблюдения права пациента знать всю правду о состоянии своего здоровья, о существующих способах лечения его заболевания и риске, связанном с каждым из них. В автономной модели взаимоотношений этот принцип — не жест доброй воли или желания врача, это его обязанность. Правильное информирование о состоянии здоровья и его прогнозе дает пациенту возможность самостоятельно и достойно распорядиться своим правом на жизнь, обеспечивая ему свободу добровольного выбора.

Добровольность — принцип медицинской этики, связанный с автономией пациента. Это уважение свободы волеизъявления личности, предполагающей самостоятельное принятие решения или со-

гласие на медицинские манипуляции или исследования при условии информированности и отсутствия внешнего принуждения — не только физического или морального давления, но и зависимости разного рода.

В свою очередь добровольность и отсутствие зависимости приводят к требованию и ожиданию конфиденциальности.

Конфиденциальность — принцип медицинской этики, проявляющийся во взаимном доверии между врачом и пациентом. Нарушение конфиденциальности ухудшает взаимоотношения пациента и врача и затрудняет выполнение последним своих обязанностей. Принцип конфиденциальности опирается на моральные соображения, по которым каждый индивид имеет право решать, кому и в какой мере он может передать свои мысли, переживания, чувства, обстоятельства жизни.

Конфиденциальность предполагает строгое соблюдение врачебной тайны, надежное хранение врачом информации, полученной от пациента, анонимность проводимых исследований, минимизацию вмешательства в личную жизнь пациента, тщательное хранение конфиденциальных данных и ограничение доступа к ним не только при жизни, но и после смерти пациента.

Врачебная тайна — одно из основных понятий медицинской этики. Социальное и врачебное отношение к профессиональной тайне развивалось исторически.

С древнейших времен известно существование положений о врачебной тайне, которые были довольно широко представлены в известной клятве Гиппократов: «Чтобы при лечении - а также без лечения - я ни увидел и ни услышал касательно жизни людей из того, что не следует разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной», а также в задолго предшествовавших ей клятвам жрецов.

Каждый врач, каждый медицинский работник должен сознавать себя носителем священной традиции недопустимости разглашения профессиональной тайны.

Под врачебной тайной понимают:

- сведения о больном, полученные медицинским работником от больного или в процессе лечения, не подлежат разглашению;
- сведения о больном, которые медицинский работник не должен сообщать ему (неблагоприятный исход болезни, диагноз, наносящий психологическую травму больному и т.д.).

Целью сохранения профессиональной тайны является предотвращение возможного причинения больному морального или материального ущерба. При обращении за медицинской помощью и её получении, пациент имеет право на сохранение врачебной тайны. Врачебная тайна должна быть сохранена в любом случае. Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении профессиональных, служебных и иных обязанностей запрещено.

Гражданину должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. С согласия пациента или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований и т.д.

Если в древности и даже в более близкие к нам времена соблюдение врачебной тайны было абсолютным по отношению ко всему, что делалось известным врачу, то в настоящее время моральные и правовые отклонения от соблюдения правил врачебной тайны умножились. Деонтология и врачебное право констатируют ограничения этой тайны, вызванные общественной необходимостью.

Первейшая обязанность каждого медицинского работника не причинение вреда, ущерба здоровью пациента. Пренебрежение этой обязанностью в зависимости от ущерба здоровью больного может стать основанием для привлечения медицинского работника к судебной ответственности.

Ятрогения (греч. *yatros* - врач и *genia* - возникаю) — болезнь, вызванная нежелательными или неблагоприятными последствиями медицинских вмешательств и приводящая к различным нарушениям функций организма, ограничениям привычной деятельности, к инвалидности или смерти. Издавна врачи знают, что неумелое обращение со словом или назначение каких-то лекарств может нанести вред

Целостность — это то, что обеспечивает тождественность личности самой себе, ее самоидентификацию, и поэтому не должно подвергаться манипуляциям или разрушению. Она связана с "жизненной историей" индивида, которая создается памятью о наиболее важных событиях собственной жизни и интерпретацией жизненного

опыта. Иными словами, целостность личности — это ее уникальность, индивидуальность и неповторимость.

К сожалению, некоторые медицинские вмешательства, имеющие благоую цель восстановить здоровье человека, улучшить его состояние, часто бывают связаны с нарушением целостности. Необходимость защищать психофизическую целостность человека, минимизировать ее нарушения требуют сегодня разработки этических и правовых норм, относящихся, в частности, к генетическим манипуляциям и вмешательствам в генетическую структуру индивида, к проблеме использования частей человеческого тела — органов и тканей и т.п.

Уязвимость как принцип биоэтики следует понимать в двух смыслах. Во-первых, как характеристику любого живого существа (не обязательно человеческого), каждой отдельной жизни, по своей природе конечной и хрупкой. В этом смысле уязвимость как общая характеристика жизни может иметь более широкое, чем биоэтическое, значение: она может стать связующим звеном между социально и морально отчужденными в обществе людьми, объединив их в поисках преодоления собственной уязвимости. В определенной мере весь прогресс в области медицины и биологии может рассматриваться как борьба с человеческой уязвимостью, вызванная стремлением минимизировать или "отодвинуть" ее.

При этом уязвимость — в том числе смертность и конечность — оптимистически расценивается как некое обстоятельство, которое может и должно быть преодолено. Правда, здесь есть опасность лишить человека опыта боли и страданий, которые очень значимы в нашем восприятии действительности. Второе понимание уязвимости — в более узком смысле относится к отдельным человеческим группам и популяциям (бедным, малограмотным, детям, заключенным, инвалидам и т.п.). Здесь данный принцип лежит в основе особой заботы, ответственности, симпатии по отношению к другому, более слабому и зависимому, и требует для своей реализации соблюдения еще одного принципа биоэтики — принципа справедливости.

Справедливость — принцип, предполагающий реализацию социальной программы, в соответствии с которой обеспечивается равный доступ всех слоев и групп населения к общественным благам, в том числе получению биомедицинских услуг, доступность фармакологических средств, необходимых для поддержания здоровья, защита при

проведении биомедицинских исследований наиболее уязвимых слоев населения. Согласно принципу справедливости польза для пациента всегда должна превышать научный или общественный интерес.

Таким образом, рассмотренные основополагающие принципы биоэтики не исчерпывают собой методологическую базу моральной регуляции в биомедицине. К ее базисным основаниям относят также высшие моральные ценности, выступающие формой проявления и дополнения биоэтических принципов (Добро и Зло, Страдание и Сострадание, Свобода и Ответственность, Долг и Совесть, Честь и Достоинство).

Необходимо подчеркнуть, что современная медицина – это в значительной мере медицина исследований, экспериментов и клинических испытаний, проводимых на животных и на человеке. В вересаевских «Записках врача» почти столетие назад в предельно острых формах ставились проблемы этического и гуманного отношения к испытуемым – участникам медицинских экспериментов.

С тех пор и сама медицина, и осмысление её этических проблем прошли громадный путь. Сегодня этика биомедицинских экспериментов – отнюдь не один лишь перечень благих пожеланий. Существуют выработанные и проверенные практикой нормы проведения таких экспериментов, а также структуры и механизмы, позволяющие достаточно жестко контролировать соблюдение этих норм.

Список использованной литературы:

1. Журнал Международный журнал экспериментального образования. – 2013. – № 4 – С. 155-158

2. Пушкинская М.В. Правовые аспекты экспериментальных работ над животными. // В сборнике: Научное сообщество студентов. Междисциплинарные исследования Электронный сборник статей по материалам XI студенческой международной научно - практической конференции. 2016. С. 280-290.

3. Ермолаев Д.О., Ермолаева Ю.Н., Красовский В.С. Медицинский эксперимент этико-правовые аспекты. // Мат. Межвузов. научн.-практ. конф. «Проблемы и перспективы социально-правового развития современного государства и общества». –2015. С. 49-55.

4. Красовский В.С. Изменение общего белка в гепатоцитах крыс // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 9-1. - С. 62-64.

5. Красовский В. С. Уровень общего белка в гепатоцитах после механической травматизации печени / В.С. Красовский, Л.Г. Сентюрова // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - №6. - С. 35.

6. Шахназарян М.В. Влияние условий содержания лабораторных животных на показатель общего белка в гепатоцитах. // Структурные преобразования органов и тканей в норме и при воздействии антропогенных факторов: Сб. матер. междун. науч. конф. – Астрахань, 2017. - С. С. 175-178.

7. Животные, используемые в научных целях. URL: https://ec.europa.eu/environment/chemicals/lab_animals/legal_en.htm. (дата обращения: 6.12.2019 г).

ОХРАНА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Апашева Ш.А., Мусхаджиев А.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, г. Махачкала*

Труд представляет собой сознательную, целенаправленную и легитимную деятельность человека (людей) по производству (созданию) материальных или духовных благ (вещей, товаров, услуг, произведений науки, культуры, искусства и др.) способных удовлетворять определенные человеческие потребности и востребованных людьми.

Однако некоторые виды труда в сочетании с определенными условиями могут вызывать так называемые профессиональные заболевания. Чаще всего, развитию профессиональных заболеваний способствуют неудовлетворительная техническая оснащенность производства и недостаточное соблюдение санитарно-гигиенических норм.

Трудовой процесс (труд) чаще всего рассматривают по виду, тяжести, напряженности, режиму и связи человека с орудием труда.

Вид труда определяют по функциональным системам организма, на которые приходится основная нагрузка. Наиболее распро-

странено деление на преимущественно физический и преимущественно умственный труд.

Физическим трудом называют деятельность, связанную с энергетическими затратами и преимущественной нагрузкой на опорно-двигательный аппарат и системы, обеспечивающие его функционирование. Физические динамические нагрузки организм человека чаще всего испытывает при передвижении тела и перемещении предметов.

Физические статические нагрузки возникают при поддержании рабочей позы, удержании груза и других напряжениях мышц.

Умственным трудом называют деятельность, связанную с приемом и переработкой информации и требующую преимущественного напряжения органов чувств, внимания, памяти, а также активации процессов мышления, эмоциональной сферы. Такой труд иногда разделяют на управленческий, операторский, творческий, преподавательский, студенческий и другие виды.

Тяжесть труда – характеристика трудового процесса, отражающая основную нагрузку на опорно-двигательный аппарат и обеспечивающие его функциональные системы (дыхательная, кровообращения, выделительная и др.).

Чрезмерные физические нагрузки, особенно в течение длительного времени, вызывают первоначально утомление, а затем приводят к развитию специфических патологических состояний. [4]

Напряженность труда – характеристика трудового процесса, отражающая преимущественно нагрузку на центральную нервную систему.

Режим труда – это чередование периодов работы и отдыха в течение определенного периода времени (рабочий день, сутки, неделя, год). Оптимальным режимом труда является такой, при котором работающий человек сохраняет максимальную работоспособность без ущерба для здоровья.

Производственная среда представляет собой совокупность физических, химических, биологических и психофизиологических (социально-психологических) факторов, в которой осуществляется трудовая деятельность человека.

Факторы трудового процесса и производственной среды могут быть полезными, индифферентными, а также, в зависимости от вы-

раженности неблагоприятного действия на работающего человека – вредными и опасными.

Труд медицинских работников относится к числу социально важных, ответственных и сложных видов деятельности, которая связана с высоким уровнем нервно-эмоциональных и умственных нагрузок. Отдельные отрасли здравоохранения по риску возникновения профессиональных болезней могут сравниться с некоторыми ведущими отраслями промышленности. Как правило, профессиональные заболевания врачей протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп. В течение последних лет наиболее высокий уровень профессиональных болезней наблюдается среди медсестер, а среди врачей – у инфекционистов (фтизиатров), патологоанатомов и стоматологов.

Медицинский труд, как и любая профессиональная деятельность человека, представляет собой совокупность факторов трудового процесса и окружающей среды (производственной, медицинской, госпитальной, больничной, внутрибольничной).

В рамках модернизации здравоохранения активно меняется отраслевое законодательство, реализуется ряд новых проектов, в т. ч. национальный проект «Здоровье». Реализация поставленных целей в сфере охраны здоровья граждан во многом зависит от медицинских кадров, поддерживающих (либо не принимающих) осуществляемые реформы и проекты. Позиция медицинского корпуса в целом и его отдельных групп зависит от множества факторов, но ключевую роль играют интересы профессионального сообщества.

Одинаково важны материальные и нематериальные стимулы (достойная заработная плата, возможность повышения квалификации, самореализации, защищенность в случае заболевания или травмы, отношение к профессии в обществе и прочее).

В зависимости от предмета труда различают несколько типов профессий. Согласно этой классификации, врач относится к типу профессии «человек – человек», предполагающей отзывчивость, наблюдательность, развитые коммуникативные способности, эмоциональную устойчивость.

По характеру труда выделяют два класса профессий. Профессии исполнительского класса связаны с работой по заданному образцу, соблюдением имеющихся правил и нормативов, следованием инструкциям, характеризуются стереотипным подходом к решению

проблем. Профессии творческого класса предполагают анализ, исследование, испытание, контроль, принятие нестандартных решений, требуют независимого и оригинального мышления, высокого уровня умственного развития. Врачей традиционно относят ко второму классу профессий, медсестер – к первому. Однако в связи с развитием стандартизации в здравоохранении, увеличением количества правовых норм (приказов, инструкций, правил и проч.) акценты в профессии смещаются. В большинстве типичных ситуаций врач должен строго следовать правилам, инструкциям, стандартам. И только в клинически сложных случаях вправе выходить за их рамки (по заключению консилиума, клинико-экспертной комиссии и проч.).[1]

Таким образом, от современного медицинского корпуса требуется строгое следование «писаным» и «неписаным» правилам в сочетании с гибкостью и нестандартностью мышления и умением быстро находить и поддерживать контакт с пациентом. Поэтому особым элементом структуры общественных отношений в профессии врача является личность врача.

Для эффективного выполнения предписанной обществом роли врач должен обладать не только квалификацией и опытом, но и определенными личностными особенностями, способствующими установлению контакта с больным и обеспечивающими авторитет у больного.

Следует отметить важное отличие профессии медицинского работника от других профессий типа «человек – человек». Работа врача и среднего медицинского персонала связана с высоким риском. Например, имея дело с инфекционными и психическими больными, медики работают в неблагоприятных условиях и должны предпринимать повышенные меры предосторожности. В зависимости от занимаемой должности и функциональных обязанностей врача риски условно могут быть разделены на высокие и средние. [2]

Группу высокого риска составляют стоматологи, хирурги, акушеры-гинекологи, инфекционисты, фтизиатры и др. Врачебный труд – тяжёлый. По существующей шкале тяжести труда медицинские специальности расположены от второй до пятой категории (всего их шесть, причём шестая — наивысший уровень тяжести).

К пятой категории тяжести труда отнесены специальности хирурга, анестезиолога, реаниматолога, врача скорой помощи, эндо-

скописта, рентгенолога, патологоанатома, судебно-медицинского эксперта.

К четвёртой – участковые врачи, стоматологи, врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре, дермато-венерологи, отоларингологи, акушеры-гинекологи, бактериологи, врачи функциональной диагностики.

К третьей – врачи поликлиник, врачи-лаборанты, эпидемиологи, гигиенисты, физиотерапевты.

Ко второй – статистики и валеологи.

Высокие требования, изначально предъявляемые к профессии врача, закреплены в специальном законодательстве. Общие обязанности закреплены в Трудовом кодексе РФ.

Однако правовой статус личности, работника, лица определенной профессии характеризуется не только совокупностью определенных требований, обязанностей и ограничений, но и конкретными правами, а также гарантиями.

Система здравоохранения сегодня – это более трех миллионов работающих, тысячи медицинских организаций (лечебно - профилактических, аптечных, санитарно-эпидемиологических учреждений) десятки научно-исследовательских институтов, центров, высших и средних учебных заведений, в которых эксплуатируется различное оборудование, коммуникации, электроустановки, котельные, лифты, водопроводно-канализационное хозяйство, технологическое оборудование пищеблоков и прачечных, автотранспорт, сосуды, работающие под давлением, разнообразная медицинская техника; применяются ядовитые вещества и агрессивные жидкости.[3]

Во вредных и неблагоприятных условиях труда (инфекционные, психиатрические, онкологические учреждения и отделения; радиологическая, рентгеновская, физиотерапевтическая, патологоанатомическая лабораторная службы; операционные, стерилизационные, отделения гипербарической оксигенации и др.) заняты сотни тысяч работников здравоохранения.

В связи с этим, особую значимость приобретает проблема охраны и укрепления здоровья самого медицинского работника, формирование его отношения к собственному здоровью и мотивации на здоровый образ жизни. Тот факт, что профессия медика является самой гуманной среди всех прочих сфер человеческой деятельности, наверное, не станут отрицать даже педагоги, следующие в этой

условной иерархии вслед за людьми в белых халатах. Но то, что врачевание людей ко всему прочему еще и одно из опаснейших занятий на Земле, достоверно известно только самим «эскулапам».

По данным «Федерального центра гигиены и эпидемиологии», заболеваемость медицинских работников в нашей стране находится на 5 месте среди других профессиональных групп. Люди в белых халатах страдают от недугов, заработанных на профессиональном поприще, даже чаще, чем работники химической промышленности.[5]

По оценке экспертов в структуре профессиональных заболеваний первое место стабильно занимают инфекционные - порядка 80 % всех профессиональных недугов, а несомненные лидеры по заражению врачей – вирусные гепатиты, составляющие почти 40% всех приобретенных на службе болезней. Результаты исследований показали, что профессиональные заболевания врачей протекают более длительно и тяжело по сравнению с представителями других профессиональных групп.

Список использованной литературы

1. Безопасность жизнедеятельности. Учебное пособие для студентов / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. И.М.Чижа. – М: Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, 2012. – 200 с.

2. Михайлов Ю.М. Охрана труда в медицинских учреждениях: Практическое пособие / Ю.М. Михайлов. –М.: Издательство «Альфа-Пресс», 2009 г. - 208 с.

3.Травкин А.К. Пожарная безопасность в медицинских учреждениях. – М., Инфра-М, 2007. – 438 с.

4.Кукин П.П. Человеческий фактор в обеспечении безопасности и охраны труда: Учебное пособие / П.П. Кукин, Н.Л. Пономарев, В.М. Попов, Н.И. Сердюк. – М.: Высшая школа, 2008. - 317 с.

5. Кекелидзе З.И. Медицинские работники в чрезвычайных ситуациях. Материалы ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского / З.И. Кекелидзе, Б.П. Щукина. – М., 2009. - 46 с

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Дибраев А.Д., Алиммирзаева З.Н., Тутунова Р.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра гуманитарных дисциплин, г. Махачкала*

Актуальность: Взаимоотношения врача и пациента являются одной из основных проблем медицинской этики. Зачастую современные врачи основой профессионализма считают наличие обширной теоретической базы и отточенных практических навыков. Однако без соблюдения нравственно-этических норм невозможно формирование полноценного врача-профессионала.

Традиционно считается, что понятие медицинской этики возникло в ее первоначальном виде еще в Древнем Египте. Но наибольшего развития достигла в Древней Греции в 3 веке до н.э. Многие ученые сходятся во мнении, что истоки профессиональной этики были заложены Гиппократом. Именно он сформулировал основные принципы врачебной этики, которые являются актуальными до настоящего времени. Но важно понимать, что медицинская деонтология не тождественна врачебной тайне, а также включает в себя меры ответственности за здоровье и жизнь пациентов, актуальные вопросы взаимодействия внутри профессионального сообщества.

Цель. Определить основные положения законодательства Российской Федерации, регулирующие нравственно-этические аспекты врачебной деятельности.

Материалы и методы. Для написания статьи использовались данные Трудового кодекса РФ, Уголовного кодекса РФ, ФЗ РФ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», этического кодекса российского врача.

Результаты исследований. На сегодняшний день, первоначально сформированные положения о медицинской этике сохраняют свою значимость и носят не только рекомендательный характер, но и находят отражение в юридически обязывающих законах.

В соответствии с Федеральным законом № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», за нарушение профессиональной этики медицинского работника предусмотрены следующие виды ответственности:

- дисциплинарная
- материальная
- гражданско-правовая
- административная
- уголовная

Дисциплинарная, материальная и гражданско-правовая ответственность, как правило, наступают за причинение ущерба имуществу медицинской организации вследствие прямого или косвенного умысла, когда лицо осознавало опасность своих действий, предвидело возможность наступления общественно опасных последствий. Аналогичные положения применяются и в практике уголовного права, за исключением лишь факта совершения злостного деяния, повлекшего ущерб жизни и здоровью людей.

При дисциплинарной ответственности к медицинским работникам могут быть применены меры статьи 192 Трудового кодекса РФ, а именно наказания в форме замечания, выговора и увольнения. Такие меры могут быть применены при появлении на работе в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Естественно, что наибольший риск таких правонарушений характерен именно для медицинских работников.

К сожалению, не редки случаи осуждения врачей по основаниям Уголовного кодекса РФ, например, вследствие нарушений врачебной тайны (ст. 137 УК РФ) или совершения действий, повлекших смерть пациента (ст. 105 УК РФ). В России в 2021 году уголовное наказание было назначено 235 врачам преимущественно в виде условного лишения свободы, штрафа или исправительных работ.

Следует отметить, что не подлежат рассмотрению в суде вопросы, связанные с оценкой должного лечения пациента и проведения вмешательства при наличии медицинских показаний. Также, необходимо подчеркнуть, что совершение правонарушений и преступлений субъектами профессиональной деятельности, в том числе медицинской, является отягчающим фактором. Однако мера ответственности за совершение противоправного действия медицинским работником определяется степенью его общественной опасности.

Правовой институт юридической ответственности за нарушение профессиональной этики одновременно имеет не только устоявшуюся практику, но и нерешенные вопросы. Так, по-прежнему законодательством не определен статус получения доступа к информации о факте обращения за медицинской помощью и состоянии здоровья скончавшихся пациентов для проведения оценки корректности медицинского вмешательства. Такая проблема нашла отражение в практике последних лет, в частности, Постановлением Конституционного суда РФ от 13.01.2020 №1-П предоставлен доступ к врачебной тайне родным и близким скончавшегося пациента при отсутствии отказа от пациента, полученного при жизни. Это позволяет отметить позитивную динамику в правовом развитии сферы медицинского регулирования и комплексной оценки врачебной этики в целом.

Выводы. Подводя итог, следует признать, что несоблюдение юридических установок в сфере правового регулирования медицинской деятельности, в частности, медицинской этики, влечет за собой причинение вреда здоровью и жизни пациента, что является нарушением главного врачебного принципа - «не навреди», без соблюдения которого невозможно осуществление медицинской деятельности.

Список использованной литературы.

1. Трудовой кодекс Российской Федерации" от 30.12.2001 N197-ФЗ (ред. от 04.11.2022)
2. Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N63-ФЗ (ред. от 24.09.2022)
3. Судебная статистика РФ. Режим доступа: <https://stat.xn----7sbqk8achja.xn--p1ai/stats/ug/t/14/s/17>. Дата обращения: 16.11.2022.
4. «Врачебная этика и деонтология» Министерство здравоохранения Ульяновской Области <http://www.med.ulgov.ru/informasiya/5331/9922.html>
5. «Основные исторические этапы развития медицинской этики» ПИМУ. <https://studfile.net/preview/3549977/page:5/>
6. «ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА ГИППОКРАТА И СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНА» Стабредова А., Белорусский государственный университет.

7. Кодекс профессиональной этики медицинского работника. ГАУЗ СО «Краснотурьинская СП»

8. Этический кодекс российского врача.

9. Постановление Конституционного Суда РФ от 13.01.2020 N1-П "По делу о проверке конституционности частей 2 и 3 статьи 13, пункта 5 части 5 статьи 19 и части 1 статьи 20 Федерального закона №323 http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_342807/

ФИЛОСОФИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ

Магомедова З.М., Шамов Г.А., Исаева М.Р., Магомедов Г.Т.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрав России.

Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала

Философия медицины – это раздел науки философия, который занимается онтологическими и этическими вопросами в области медицины, как особой сферы теоретической и практической деятельности человека. Философия медицины – это система обобщающих суждений философского характера о предмете и методе медицины, месте медицины среди других наук и областей человеческой деятельности. Одним из наиболее важных ее разделов является медицинская этика, ставящая в приоритет вопросы взаимодействия врача и пациента.

«Философствование без системы – как отмечал Гегель, - не может иметь в себе ничего научного». Это касается в первую очередь научной медицины. Проблема целостного понимания человека в теоретической и практической медицине стала актуальнейшей задачей философского осмысления новых черт в его социальном облике, которые и “делают” его, по сути, личностью. То есть, тем общественным феноменом, в котором проявляется его особая сущность, как деятеля-созидателя. Другими словами, зримо проявляется социально-творческая сущность современного человека в реальном достижении им здорового, то есть полнокровного жизненного и деятельного бытия. А это происходит в результате усвоения духовно-культурных ценностей, некой суммы социально-медицинских зна-

ний, моральных норм общественного поведения, позволяющих индивиду свободно осуществлять свою индивидуальную жизнедеятельность. Психолог А.Н.Леонтьев (1903-1979) указывал: “Личностью не рождаются, ею становятся”. И если индивид хоть на миг остановится в социально-культурном развитии, его постигнет моральная деградация.

К основным проблемам философии медицины относятся следующие:

- проблема субъекта и объекта в медицинском познании;
- связь медицины с другими явлениями культуры;
- соотношение биологического и социального в здоровье и болезни;
- проблема понимания в медицине;
- проблема причинности в медицине;
- философско-этические проблемы медицины и др.

Медицинская деятельность структурна. Ее основными компонентами являются субъект и объект. **Объектом медицины** является человеческий организм в норме и патологии. В то же время человек – существо общественное, по мере развития его социальных качеств, развития системы разнообразных взаимосвязей и взаимоотношений в обществе, медицинская деятельность по профилактике и лечению заболеваний обращается уже не только к конкретному человеку, но и к обществу. Это свидетельствует о расширении объекта медицины: им становятся целые коллективы, социальные общности, слои общества. Объект медицинского познания включает в себя природную среду обитания человека, различные природные явления, влияющие на состояние здоровья людей. Таким образом, объект медицины многоуровневый: индивидуальный – общественный, социальный – природный. **Субъект медицины** так же сложен, как и ее объект. С одной стороны, это врач-профессионал, обладающий знаниями, умениями, навыками, опытом. Именно врач несет груз профессиональной, социальной, моральной ответственности за жизнь и здоровье пациента. С другой стороны, медицинская деятельность носит общественный характер. Врачебные коллективы, научно-исследовательские сообщества, медицинские службы и организации различного уровня обеспечивают уровень здоровья населения. И, наконец, сам человек в первую очередь ответствен за свое здоровье - от уровня его медицинской и общей культуры, от его

умения объективно оценивать состояние своего организма во многом зависит точность постановки диагноза и успех лечения. Поэтому пациент, человек со своими психическими особенностями, моральными представлениями, уровнем культуры, образом жизни, также является субъектом медицинской деятельности.

Цели философии медицины:

Философия медицины должна помочь в поисках ответов на:

- Онтологические вопросы (что такое медицина, как наука?)
- Гносеологические (специфика научного познания)
- Логико-методологические
- Социальные (система здравоохранения существует только в развитом обществе)
- Аксиологические (так как нет медицины вне этики)

В 1979 году американские философы Т. Боучамп и Д. Чилдрес в книге «Principles of Biomedical Ethics» сформулировали 4 принципа современной медицинской этики. Предложенная ими схема получила в наше время большое признание. Вкратце принципы таковы:

- «Не навреди».
- «Делай благо».
- «Уважай автономию пациента».
- «Будь справедливым».

Вкратце, эти правила требуют от врача к пациенту: минимизации ущерба, наносимого больному при медицинском вмешательстве; обязанность доктора прилагать действенные усилия для улучшения состояния клиента; провозглашение автономии (независимости) пациента, необходимость обеспечения в процессе оказания мед. помощи как справедливого и равного отношения к нему, так и честного распределения ресурсов, которые, как правило, ограничены.

Этические проблемы медицины. Требования, предъявляемые к профессиональному поведению врача, составляют предмет медицинской этики. Медицинская этика изучает особенности возникновения и развития профессиональной морали медицинского работника, раскрывает нравственную ценность медицинского труда, значение нравственных принципов в исполнении профессионального долга. Древнейший медико-этический документ – «Клятва Гиппократова», которую давали выпускники древнегреческой школы асклепиадов. В трудах Гиппократова рассматриваются проблемы взаимоотношений врача и больного, врачебной тайны, врачебной ошибки,

эвтанази. В России в развитие медицинской этики огромный вклад внесли Пирогов, Боткин, Бехтерев, Вересаев. Одним из важнейших разделов медицинской этики является **деонтология** – наука о профессиональном долге врача. В XX веке в связи с развитием новых медицинских технологий появилась необходимость пересмотра многих принципов медицинской этики. В 70-х гг. сформировалась новая наука – **биоэтика** («этика живого») – дисциплина, определяющая меру ответственности тех, кто принимает решение о выборе метода лечения и о применении в медицинской практике новых научных знаний и медицинских технологий.

Этические медицинские принципы направлены на защиту прав и интересов пациента, и они должны быть абсолютно гуманны. Однако в реальной жизни все обстоит не так просто. Медики часто оказывают поставлены в такую ситуацию, когда им приходится принимать решения, противоречащие правилам медицинской этики. В таком случае врач пытается принять решение, которое причинит меньше зла.

Жизненных примеров очень много. Например, медицина в чрезвычайных ситуациях или военно-полевая медицинская помощь, когда осуществляется сортировка раненых. По правилам, все раненые делятся на три группы: легкие ранения, тяжелые ранения и безнадежные. Легкораненых перевязывают и отправляют в тыл. Тяжело раненым сначала оказывают максимально возможную помощь на месте, а затем отправляют также в тыл. «Безнадежным» облегчают страдания, но не переводят в тыл. На самом же деле, некоторых раненых, попавших в категорию «безнадежных», еще можно спасти, если ими займутся высококвалифицированные врачи со специализированным медицинским оборудованием. Для этого их срочно надо будет эвакуировать в сопровождение медперсонала. В таком случае, без необходимой медицинской помощи могут остаться легкораненые и тяжелораненые, чье состояние будет ухудшаться. Здесь встает медицинская этическая проблема: с одной стороны, нельзя оставить человека без шансов на спасение, с другой стороны, спасти одного, забыв о десятках людей тоже нельзя. Этически идеального выхода из этой ситуации нет. Поэтому каждый врач берет ответственность на себя и решает самостоятельно, как ему поступать в этой ситуации. Большинство врачей придерживается точки зрения, что необходимо спасти жизнь как можно большему числу людей.

В данной статье сложный механизм взаимодействия двух наук - философии и медицины. Благодаря им, можно сделать вывод, что с первых моментов зарождения медицины, эта наука пыталась найти обоснование процессам болезни, их причины, а в последствии, зародилась взаимосвязь с философией. На протяжении веков эти науки тесно переплетаются. Через философскую методологию формируется система медицинских знаний, специфика клинического мышления, формируется теория медицины, формы медицинского познания. А также, медицинская этика - это не только вежливость по отношению к пациентам и коллегам на работе. Это предполагает, прежде всего, высочайший профессионализм - владение искусством врачевания. Профессионализм - показатель готовности врача к ответственной работе, его морально-этические качества.

Список использованной литературы:

1. Анохин А.М. Философские проблемы медицины // Современные философские проблемы естественных, технических и социально-гуманитарных наук / Под ред. В.В. Миронова. — М.: Гардарики, 2006. — С. 317—374. — 639 с.

2. Борзунова Н.С. Гомеопаты или аллопаты: взгляд на проблему современного врача // Философия медицины – самосознание терапии/Под ред. В.М. Князева. — Екатеринбург: УГМУ, 2014. — Т.2. — С. 150—154. — 291 с.

3. Войно-Ясенецкий Очерки гнойной хирургии. — 5-е изд. — М.: БИНОМ, 2000. — С. 363. — 704 с. — 3000 экз. HYPERLINK "<https://ru.wikipedia.org/wiki/>

4. Давыдовский И.В. Общая патология человека. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1969. — 611 с. — 20 000 экз.

5. Дубровский Д.И. Здоровье и болезнь — проблемы самопознания и самоорганизации // Философия здоровья / Под ред. А.Т. Шаталова. — М.: ИФ РАН, 2001. — С. 86—109. — 242 с. — 500 экз.

6. Игнатъев В.Н., Юдин Б.Г. Биоэтика // Новая философская энциклопедия / Ин-т философии РАН; Нац. обществ.-науч. фонд; Предс. научно-ред. Совета В.С. Стёпин, заместители предс.: А.А. Гусейнов, Г.Ю. Семигин, уч. секр. А.П. Огурцов. — 2-е изд., испр. и допол. — М.: Мысль, 2010. HYPERLINK "<https://ru.wikipedia.org/wiki/>"

7. Карпин В.А. Введение в философию биологии и медицины // Вестник новых медицинских технологий: журнал. — Тула: ТулГУ, 2010. — Т. 17, № 1. — С. 11—13

8. Саркисов Д.Ю. Философия в системе медицинского образования. Клиническая медицина, 1999, № 1, с.21

9. Совецание по философским проблемам современной медицины. Москва, 1998, с.187

10. Проблемы медицинской деонтологии, 1998.

11. Вопросы философии, 2001, №1, с.7

12. Введение в биоэтику. Уч. пос., М.- 1998, с.260

СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

Апашева Ш.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, г. Махачкала*

В настоящее время новейшие достижения медицинской науки и техники заставляют несколько с другой точки зрения рассматривать традиционные нормы медицинской деонтологии. Былой принцип "врач-больной" заменяется новым "врач--прибор--больной", а потребность больного в чутком и внимательном отношении медицинского работника, в его добром слове, вселяющем надежду, не уменьшилась, а еще более увеличилась. {3}

Эпохи сменяют друг друга, но основные этические принципы для медицины сохранялись:

- Доктор действует во благо людей, а не во вред;
- Больному или его близким нельзя причинять лишние страдания действием или бездействием;
- Медик должен использовать все имеющиеся у него средства и все современные знания, чтобы помочь пациенту;
- Врач сохраняет в тайне ту информацию о здоровье и жизни пациента, которую узнал в процессе лечения.

Современная деонтология и медицинская этика

На протяжении различных периодов человеческой истории медицинский кодекс практически не менялся. Долгое время медики были заложниками религиозных и светских запретов.

Основные принципы этики для медработников сформулировал Гиппократ еще две с половиной тысячи лет назад. «Клятва Гиппократа» и поныне провозглашает, что целью медицины является именно лечение больного. Главный принцип ее всем известен: «Не навреди». В современном мире этот медицинский кодекс не является юридическим документом, но ее нарушение способно стать основанием для судебной ответственности.

В настоящее время, основываясь на медицинской этике, врач обязан в отношении пациента соблюдать следующие правила:[4]

- Сообщать о правах пациента;
- Сообщать о состоянии его здоровья;
- Уважать человеческое достоинство пациента и гуманно относиться к нему;
- Не причинять моральный или физический вред;
- Бережно относиться к умирающему человеку;
- Хранить врачебную тайну;
- Не допускать несведущее вмешательство в здоровье пациента;
- Сохранять высокий уровень знаний по своей профессии;
- Уважительно относиться к коллегам;
- Поддерживать уважение к медицине.

Доктор и пациент

Медицинская этика гласит, что врачу следует быть высокообразованным специалистом, а деонтология помогает видеть в больном человека и уважать его права. Ведь он дает свою, особую присягу, «Клятву Гиппократа». Профессия доктор объединяет в себе гуманизм, гражданский долг, профессиональные знания и высокую нравственность.

При взаимодействии с подопечными важен внешний вид врачей, а также их манеры. Яркие прически или украшения, кричащий гардероб могут доставить неудобство людям, проходящим лечение или коллегам. Доктор должен оставаться спокойным даже если больной или его родственники ведут себя неадекватно – таковы требования этики.

Если врач чувствует антипатию к пациенту, ему не следует высказывать ее ни в словах, ни в жестах. Это ни в коем случае не должно отразиться на лечении, все личные неприязни остаются за пределами больницы. Сострадание к больному человеку, основывается на научных знаниях, а не на простом общечеловеческом гуманизме. Современный врач обязательно информирует больного о тяжести его заболевания.

Традиционные правила взаимодействия доктора и пациента могут измениться со временем под влиянием новых этических принципов, но их суть, то самое «не навреди», сохраняется всегда.

Медсестра и пациент [1,5]

Профессия медсестры зародилась из женского стремления помочь больному или раненому человеку. В ее основе лежит принцип заботы о каждом пациенте, в независимости от его социального статуса, национальности или вероисповедания. Этот принцип в работе следует ставить превыше всего.

Медицинская сестра призвана ухаживать за пациентами, облегчать страдания или предотвращает их, а также помогать реабилитировать здоровье. Согласно этическому кодексу медсестер, им следует уважать права каждого человека на физическое и психическое здоровье, соблюдать принципы гуманности, качественно выполнять свою работу и соблюдать моральные принципы в отношениях с пациентами и коллегами.[2]

Уважать человеческое достоинство пациента – необходимое условие работы в этой профессии. Согласно этике, медсестра не имеет права проявлять к больным высокомерие, пренебрежение или грубость, а также не должна навязывать им свою точку зрения по какому-либо вопросу. Она должна информировать пациента о его правах, состоянии здоровья, диагнозе и методе лечения.

Причинять боль пациенту допустимо только в одном случае – если это проводится в его интересах. Угрозы, касательно жизни человека недопустимы. Разглашение конфиденциальной информации о пациенте запрещена.

Доктор и медсестра

Взаимодействие в коллективе – важное условие правильной работы медицинского заведения. Его коллектив объединен общей напряженной работой, в основе которой – ответственность за чело-

веческую жизнь и здоровье. Поэтому правильный климат в стенах больницы регулируется медицинской этикой.

Врачебная работа предполагает, что медицинская этика лежит в основе корректного отношения не только к пациентам, но и друг к другу, вне зависимости от должности. Ведь не просто так медики носят именно белые халаты – это подчеркивает не только чистоту, но и высокий смысл их профессии. Пренебрежение или вольности общения в медицинском кругу снижает доверие пациента ко всем медработникам.

Врачам следует уважительно относиться к среднему и младшему медицинскому персоналу. Медсестра в настоящее время – главный помощник доктора, без которого невозможно полноценное лечение. Медицинские сестры обязаны соблюдать правила этикета по отношению к врачам и ко всем окружающим на работе. Медсестры должны, используя все свои знания, помогать докторам в работе.

Медицинским работникам, всем без исключения, нельзя высказываться отрицательно о своих коллегах, особенно в присутствии пациентов или их близких.

В настоящее время медицинское сообщество осознало, как реальное требование времени изучение правовых основ в сфере здравоохранения. В связи с этим необходимо еще со "студенческой скамьи" воспитывать у будущих врачей высокую правовую культуру и правосознание. Правовая культура и правосознание могут возникнуть на основе правовых знаний при формировании у будущего специалиста умения практического применения правовых норм в профессиональной деятельности, тем самым надлежащая юридическая подготовка медицинских работников позволяет формировать правовую культуру, ответственность перед человеком, обществом и государством. Для этого требуется прививать медицинскому работнику стремление не только к знанию законов и уважительное отношение к ним, но и умение применять правовые нормы на практике.

В настоящее время в медицинской деятельности общая тенденция заключается в том, что все большее количество частных вопросов оказания медицинских услуг регулируется посредством права, а не отдается на откуп совести врача или морально-этическим нормам, что является одним из факторов законности в сфере медицины.

Таким образом, знание медицинскими работниками законодательства в области здравоохранения, представление о своих правах,

обязанностях, о юридической ответственности, наступающей за различные профессиональные нарушения, а также знание прав пациента составляют основу правовой культуры работников здравоохранения. Упорядочение правовых знаний медицинского персонала будет способствовать наиболее полному обеспечению охраны здоровья населения.

Список использованной литературы:

1. Косенко, В.Г. Медицинская психология для медсестер и фельдшеров: учеб. пособие / В.Г. Косенко, Л.Ф. Смоленко, Т.А. Чебуракова. – Ростов н/Д: Феникс, 2002. – 416 с.
2. Островская, И.В. Медицинская этика: Сб. документов: Справ. пособие / И. В. Островская. – М.: АНМИ, 2001. – 241 с.
3. Психология общения медицинского персонала в лечебно-профилактических учреждениях / А.К. Хетагурова, И.О. Слепушенко, Б.К. Липский и др.; под ред. А.К. Хетагуровой. - М.: Мед. вестник, 2003. - 96 с. - (Прил. к журн. «Сестринское дело»)
4. Силуянова, И.В. Биоэтика в России: ценности и законы / И.В. Силуянова. – М.: Грантъ, 2001. – С. 192 с.
5. Хетагурова, А.К. Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры / А.К. Хетагурова. - М.: Медицинский проект, 2008. - 72 с. - (В помощь практикующей мед. сестре).

МОРАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ СТУДЕНТА – МЕДИКА В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ

**Алискандиева М.А., Шихнебиев Д.А.,
Мусаева Ш.М., Зарипилов Г.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрав России.*

Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала

В Диалоге великих древнегреческих философов Антисфена и Диогена впервые проведено разграничение непереносимости болезненного состояния на страдания от боли и страдания от жизни. Заболевший Антисфен воскликнул: «Кто избавит меня от боли? –

Вот он может тотчас избавить тебя, - сказал Диоген, указывая на нож. – Я ведь имел в виду – от боли, а не от жизни!»

Переход человека от жизни к смерти в различные эпохи и в разных культурах имел свое значение и сопровождался определенными ритуалами. В последние десятилетия в связи с культурно-историческими изменениями в обществе, новыми взглядами на жизнь и смерть, все больше утверждается мнение о том, что человек имеет право умереть достойно, т.е. не испытывая страданий, получая необходимую медицинскую и другую помощь, имея возможность спокойно подвести итог своей жизни.

Всемирная медицинская ассоциация в своем Заявлении о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль (1990 г.) рекомендовала проводить лечение смертельно больных так, чтобы максимально облегчить их страдания и способствовать достойному уходу из жизни. В Лиссабонской декларации Всемирной медицинской ассоциации (1995 г.) о правах пациента говорится о том, что пациент имеет право на гуманную терминальную помощь и на предоставление ему всей имеющейся помощи и содействия с тем, чтобы он мог умереть как можно более достойным образом.

Также в Венецианской декларации о терминальном состоянии, принятая в 1982 г. говорится: «Врач не продлевает мучения умирающего, прекращая по его просьбе, а если больной без сознания – по просьбе родственников, лечение, способное лишь отсрочить наступление неизбежного конца... Врач должен воздерживаться от применения экстраординарных способов терапии, которые, по его мнению, не окажут реальной пользы больному».

В 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ по обезболиванию при раке и активной поддерживающей терапии дал системное определение понятия «паллиативное лечение». «Паллиативное лечение: поддерживает у больного стремление к жизни, рассматривает смерть как естественный процесс; не торопит смерть, но и не оттягивает ее наступление; обеспечивает уменьшение боли и смягчение других беспокоящих больного симптомов; включает психологическую и духовную поддержку больного; предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь вплоть до самой его смерти; предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни, а также после

его кончины, также поддерживая родственников на каждом этапе жизни больного».

Паллиативная помощь является реальной альтернативой эвтаназии для неизлечимых больных, находящихся в терминальной стадии заболевания и испытывающих страдания. В зарубежных странах широко распространена такая форма паллиативной помощи больным как хоспис, которая начинает распространяться и в нашей стране.

Хоспис – это медико-социальное учреждение, в котором больным, находящимся в терминальной стадии заболевания оказывается не только паллиативная медицинская помощь, но и создаются комфортные социальные и психологические условия жизни. В хосписе обеспечивается достойное завершение жизненного пути человека, которое предполагает максимальное удовлетворение его физических, социальных, психологических и духовных потребностей.

Такую помощь в отделениях оказывают врачи паллиативной помощи, и другие специалисты, ведут уход медсестра, и студенты-волонтеры. Отметим что студенты, проходящие волонтерство в паллиативном отделении, сильно разгружают медсестру в уходе за больными. Но не все студенты морально способны оказать такую помощь, и связано это с тяжестью больных и их высокой смертностью. Почти все опрошенные студенты связывали последнее как фактор перехода для волонтерства в другое отделение.

Студентам работая в паллиативном отделении приходится сталкиваться с такими проблемами у больных как: физические страдания, обусловленные заболеванием; социальные, связанные с потерей работы, изменением социальных ролей, возникновением зависимости от окружающих; психологические – депрессия, страх, отчаяние, неопределенность, чувство вины (перед родственниками, окружающими); экзистенциальные – переоценка жизненных ценностей, смысла жизни и др. И это затрудняется тем, что пациенты не всегда идут на контакт, бывают невежливы, грубы, некоторые сильно капризничают прося уделять внимание только им, что не всегда получается из-за загруженности отделения.

Морально сильнее оказались студенты старших курсов имеющие хорошую успеваемость, или те, у кого уже была практика в отделениях, где они оказывали уход за больными, также те кто уже ухаживал за пожилыми родственниками.

Ещё одной проблемой которая осложняет отношения между студентом и больным является незнание студентом этических норм в работе с паллиативными больными. Которое может привести к тому что, студент может рассказать о сомнительном или неблагоприятном прогнозе. Следует помнить, что все сведения о диагнозе, методах лечения и прогнозе могут исходить только от лечащего врача. Студент не должен сообщать конкретных данных о результатах исследований, демонстрировать больным рентгеновские снимки, сканограммы и т. д. Это может создать у больного превратное представление об имеющихся у него нарушениях и затруднить работу врача с больным.

В качестве решения этой проблемы можно проводить со студентами беседу объясняя обо всех особенностях работы с паллиативными больными.

Многие опрошенные студенты, почти все 1-3 курса отмечали неуверенность в работе с больными связанную с недостатком знаний об их заболеваниях, и отсутствии практики в уходе за больными. Так как студенты этих курсов ещё молоды, им лично по-моему мнению, не рекомендуется проходить волонтерство в паллиативном отделении, так как это может отрицательно сказаться на выборе их профессии, из-за сложности работы с такими больными, и как правило с тем, что студенты ранних курсов тяжело воспринимают уход из жизни больных.

Главным отличием студентов, проходивших практику в паллиативном отделении от других является то, что эти студенты привыкая работать с такими тяжелыми больными становятся морально сильнее, более холодно относятся к смерти, но при этом они лучше понимают психологическое состояние больного, умеют оказать корректную моральную поддержку человеку, завершающему жизнь.

В литературе нет статей, специально посвященных возрасту и полу в отношении отношения к уходу за пациентами с хроническими заболеваниями и паллиативной помощи. Студентки считаются более «заботливыми» и придают большее значение общению и знакомству с пациентами, что может объяснить их более позитивные взгляды в этом исследовании. Исторически сложилось так, что студентки чаще выбирают профессии, в которых они могут достичь этих ценностей, например, общая врачебная практика, паллиативная помощь и психиатрия. И это те качества, которые нужны многим пациентам независимо от их диагноза.

Уход за пациентами с хроническими или неизлечимыми заболеваниями — это возможность использовать знания и навыки и дать пациентам время и возможность обсудить некоторые из своих самых глубоких страхов и тревог. Студентов-медиков на собеседовании часто спрашивают, почему они хотят поступить в медицину, и чаще всего они отвечают: «лечить больных». Возможно, следует помнить, что излечение не всегда возможно, но всегда потребуются сочувствие и забота.

Список использованной литературы:

1. А.М. Моль. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. – СПб, 1903, с.98. /Цит. по Капинус О.С. Эвтаназия как социально-правовое явление. – М.: Издательский дом «Буквоед», 2006.
2. Шапов И.А. Биомедицинская этика. – М.: ОАО «Издательство Медицина», 2006, с. 127.
3. Островская И.В. Медицинская этика. Сборник документов. – М.: АНМИ, 2001, с. 48.
4. Диоген Лаэртский. Жизнь, учение и изречения мужей, прославившихся в философии. – М., 1986. С. 87).

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА

Абдулгалимов Р.М., Абдулгалимова Г.Н.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра биофизики, информатики и медаппаратуры,
кафедра медицинской биологии, г. Махачкала*

Профессиональная деятельность врача связана с целым спектром проблем: здоровья и болезни, нормы и патологии, жизни и смерти, нравственно-гуманитарного осмысления клонирования человека, трансплантации органов и тканей, пределов исследования человека и ограничений экспериментирования с ним, эвтаназии и др.

В конце XX столетия ВОЗ приняла решение запрещающее клонирование человеческого организма. Генетики правомерно считают, что клонирование как способ продолжения человеческого рода неприемлем с моральной точки зрения, а с научной – селекция людей с особо ценными геномами и клонирование – невозможны. Они носят скорее гипотетический и спекулятивный характер, чем научно-практический[5]. Новое знание открывает новые возможности генетического контроля над человеком, однако знание о размерах балласта в виде «дефектных» генов может привести к социальной и профессиональной дискриминации, тяжелым психическим последствиям, поэтому в отношении применения генной технологии следует ввести правило «ничего не знать»[3]. На вопрос «Допустимо ли, на Ваш взгляд, клонирование человека?» отрадно отметить, что 64% выпускников дали отрицательный ответ, 20% допускают такую возможность, а 16% - затруднились ответить на данный вопрос[1].

Ценностное отношение к человеческой жизни в современном мире выражается также в проблеме эвтаназии. Материалистическое мировоззрение сформировало понятие конечности жизни - «живем один раз». Смерть стала восприниматься как нечто ужасное, неестественное. Всё, что с нею связано, как правило, рассматривается лишь с научной точки зрения. В тоже время, ложно понимаемое милосердие к неизлечимо больным привело к обсуждению приемлемости эвтаназии [6]. Анализ показывает: 40% респонденты за проведение эвтаназии; 35% - против; 30% - сомневались ответить на данный вопрос [1].

Медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных также с взаимоотношениями врача с больными, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе лечения больного. Должное отношение врача к больному предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанное на высоком профессионализме в постоянном самосовершенствовании. Главный принцип в отношении врача к больному состоит в следующем: относись к пациенту так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе.

Отношение врача к родственникам больного предполагает приобщение их к борьбе за выздоровление заболевшего, а также попытки смягчить переживания близких людей пациента (больного) в случаях, когда лечение неэффективно. При этом следует учитывать

психотравмирующий эффект болезни на родственников больного, их реакцию на неблагоприятный исход заболевания, возможности и желание сотрудничать с врачами. В свете профилактической направленности и перспектив развития российского здравоохранения принципиально важен также вопрос об отношении врача к здоровым людям. Врач должен стараться сделать здорового человека своим союзником в борьбе за сохранение здоровья. Научно - технический прогресс обусловил возникновение ряда новых нравственных проблем в области деонтологии медицины, в частности касающихся отношений врачей между собой, что существенно сказывается на эффективности медицинской помощи. Научно-техническая революция и специализация в медицине резко увеличили число врачей и средних медработников, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе. На многих научных форумах, посвященных проблемам деонтологии медицины, обсуждался вопрос о том, что медицинская техника, аппаратура, многочисленные лабораторные анализы отдалили врача от больного и обезличили пациента. На фоне прогрессирующей специализации и улучшения технической оснащённости медицины может теряться не только целостное восприятие больного, но и интерес к нему как к личности. Это явление получило название дегуманизации, или «ветеринаризации», медицины. Ухудшаются возможности психотерапии, часто возникают ситуации, когда лечат болезнь, а не больного. К сожалению, часто такие отношения заканчиваются негативными последствиями. Многие несовестливые врачи изо всех сил стараются перевести в коммерческие рельсы эти отношения, то есть в источник дополнительного дохода, что противоречит морально-этическим нормам врача. Все это создает предпосылки для нарушения изначальных принципов, служащих основой врачебной деятельности.

В соответствии с поправками к закону «О здравоохранении», внесенными в 2012 году президентом Белоруссии А.Г. Лукашенко, врачи имеют законное право на отказ от проведения искусственного прерывания беременности по моральным убеждениям, если это не угрожает жизни пациентки. Мы заинтересовались мнением наших выпускников, должны ли российские врачи иметь такое же право? 55,5% опрошенных респондентов считают необходимым предоставление врачам права морального выбора в своей профессиональной деятельности, некоторым из них неизбежность проведения

аборта помешала осуществить мечту стать гинекологами. Мнение врачей по данной проблеме разделилось почти поровну: 35,9% считают, что врач имеет право отказаться от проведения аборта, 38,6% полагают, что он не должен иметь такого права. 20,5% - затруднились ответить на данный вопрос [1].

Случаи профессиональной халатности медицинских работников, оказания медицинской услуги ненадлежащего качества, причинившее вред здоровью пациента и целенаправленного, чаще всего информационного воздействия на человека, предназначенного для изменения его поведения в интересах другого лица – реальные и значимые факты окружающей пациента социальной и медицинской действительности [4].

Проанализировав генезис данных явлений, можно сделать вывод о том, что выше описанные проблемы оказания медицинской помощи имеют, прежде всего, мировоззренческий характер, поэтому их решение представляется возможным только путем формирования особых мировоззренческих, морально-этических установок и ценностных ориентиров в научном, профессиональном и личностном самоопределении врача.

Список использованной литературы

1. Абдулгалимов Р.М. Теоретико-методологические основы развития профессионального мировоззрения студентов медицинского вуза: дис. ... док. пед. наук: 13.00.08. /Р.М. Абдулгалимов. – Грозный. – 2021. – 349 с.

2. Рыбин, В.А. Эвтаназия. Медицина. Культура: Философские основания современного социокультурного кризиса в медико-антропологическом аспекте. Изд. стереотип. [Текст] – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2014. – 328 с.

3. Ларионова, И.С. Философия здоровья: учеб. пособие [Текст] / И.С. Ларионова. – М.: Гардарики, 2007. – 223 с., ил.

4. Лопатенков, Г.Я. Человек и здравоохранение: правила игры. Пособие для пациентов и их родственников [Электронный ресурс] / Г.Я. Лопатенков. – 2009. – 24 апреля. Режим доступа: <http://www.all-ebooks.com.html>.

5. Хрусталеv, Ю.М. Философия науки и медицины: учебник [Текст] / Ю.М. Хрусталеv. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 784. С.

б. Шалинский, Н. Профессия – врач. На рубеже мировоззрений [Электронный ресурс] / Н. Шалинский. – 2010. - 20 апреля. Режим доступа: <http://www.proza.ru>.

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Дибраев А.Д., Лелаева М.М., Мамаева А.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра гуманитарных дисциплин, г. Махачкала*

Аннотация: В настоящей статье изложены основные ценности современной цивилизации в системе здравоохранения, которые на сегодняшний день являются наиболее актуальными в практическом применении. В статье так же рассматривают много известных ученых о здоровье и болезни. В связи с тем, что болезни и здоровье человека в медицине, да и во всем мире в принципе рассмотрены довольно широко, то в данной статье рассмотрены именно ценности в современной цивилизации по отношению к заболеваниям, поскольку на современном этапе почти 70-80% медицины можно отнести именно здоровью и болезням.

Актуальность работы: В постоянно меняющемся мире, физическое состояние человека также подвержено изменениям. Появляются новые заболевания, требующие нового подхода к лечению. Помимо прочего в нынешнее время, немаловажную сторону имеет моральная сторона лечения

Ключевые слова: здоровье, болезни, цивилизации, антропогенные факторы воздействия на природу, гипокинезия, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, ожирение, диабет, туберкулез, меры профилактики.

В наше время проблему здоровья человека приурочено большое количество трудов в различных отраслях науки. Этот предмет давно уже вышел из категории исключительно естественнонаучных исследований, поставив на всеобщее обозрение такие проблемы, как социального и личностного развития. Разные ученые, социологи, пси-

хологи, философы и другие уделяют внимание на аксиологические аспекты здоровья. Слово «здоровье» означает сложное, массовое, социокультурное и общечеловеческое явление, имеющую огромную ценность для человека, от которого во многом зависит самореализация личности, сохранение молодости, долголетия, так как выступает важнейшей витальной ценностью. На протяжении последнего десятилетия появился и закрепился такой термин как «болезни цивилизации» (с 20-21 в.), он включает в себе такой смысл, как болезни возникшие впоследствии эволюции человеческого общества заболевания, связанные с духовным неблагополучием, нарушением морально-нравственных норм и механизмов адаптации к неблагоприятным факторам антропогенной среды в условиях стремительного роста научно-технического прогресса, характерного для этого столетия и рядом других проявлений человеческой деятельности, носящих глобальный характер. На современном рубеже перехода высокоразвитой цивилизации в постиндустриальное пространство людей столкнулись с реальной вероятностью деградации и ликвидации, находящейся вокруг среды и самого населения земли, потому что модифицирующая мощь социального изготовления стала сравнима по силе с природными процессами. Этими более сильными вероятными и настоящими причинами влияния на среду обитания населения земли стали создания свежих сверхмощных средств вооружения, влияние на околоземное место, сведение лесов, массовое загрязнение суши и крупного океана отходами пластика и промышленными отходами, общее использование, гербицидов, истощение недр, устранение видового разнообразия живой природы, перепроизводство и сверх потребление энергетических ресурсов. Существенное влияние вышеперечисленные факторы оказывают на организм человека, которые в конечном счете приводят к заболеваниям и различным новообразованиям. К группе болезней цивилизации относят патологии сердечно-сосудистой, нервной, иммунологической, пищеварительной, эндокринной систем. Из всех перечисленных сердечно-сосудистые, онкологические, легочные болезни и сахарный диабет очень сильно заняли ведущее место среди причин смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности. Воздействие тератогенных факторов на организм беременных приводит к росту числа новорожденных с врожденными пороками развития. Все люди находятся в забвении от своих технологических успехов,

по этой причине происходит неведение, какой ущерб они наносят самим себе, пытаясь подчинить своей воле все процессы, не учитывая, что природные факторы недостаточно изучены и при неправильном воздействии могут привести к катастрофам, катастрофическим катаклизмам, способным уничтожить человеческую цивилизацию. Также известный отечественный философ Б.Г. Юдин, говоря о проблеме ценности здоровья, отмечает, что «нередко под здоровьем мы понимаем нечто не просто нормальное, но такое, к чему должно стремиться, чего мы хотим, порой даже вождедем, во имя чего можем тратить свои силы, претерпевать немалые лишения и ограничения, т.е. нечто, понимаемое нами как ценность. Говорим ли мы о нормах, или о ценностях, в обоих случаях мы обращаемся от мира сущего к миру должного. Впрочем, если в первом случае речь может идти, о бесстрастной регистрации того, что мы воспринимаем как норму или отключение от нее, то во втором предполагается отнюдь не нейтральное отношение к воспринимаемому. Здоровье, другими словами, может быть столь значимой ценностью, чтобы диктовать цели, намерения и действия как отдельных людей, так и социальных институтов вплоть до общества в целом»

На смену вроде бы побежденным старым болезням приходят новые, видоизмененные, более жестокие и изощренные, мимикрирующие, стремящиеся обойти защитные свойства иммунной системы. В конце XIX в. теория Ч. Дарвина в методологическом аспекте часто рассматривалась различными учеными как процесс эволюции, как постепенный и не-я прерывный процесс. Негативная критика познавательных возможностей науки привела многих ученых к выводу о принципиальной непознаваемости проблемы сущности жизни и здоровья (А. Бергсон, Э. Дубу-Раймон, К. Пирсон). И все же большинство ученых трактуют жизнь как процесс естественного характера, а здоровье – как качественную характеристику этого процесса. Жизнь понимается как «высшая из природных форм движения материи, она характеризуется самообновлением, саморегуляцией и самовоспроизведением разноуровневых открытых систем, вещественную основу которых составляют белки, нуклеиновые кислоты и фосфорные соединения» По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) семьдесят пять процентов всех случаев смерти в индустриальных странах относятся к болезням цивилизации. Среди болезней цивилизации по распространенности

идет большая группа болезней, которые в предыдущей истории человечества занимали весьма скромное место. Это ожирение, диабет, болезни желудка и кишечника (язвы, гастриты, колиты, энтериты), аллергические заболевания, астма, болезни позвоночника и суставов (остеохондроз и остеоартроз), венозная недостаточность и варикозная болезнь и многие другие. Какие же все-таки основные причины болезней цивилизации, которые практически не встречаются в традиционных обществах Азии, Африки, Латинской Америки? В наше время именно болезнями цивилизации являются болезни связанные именно с образом жизни современного человека в условиях как правило городской жизни и наиболее характерные для западной цивилизации. Обычно эти болезни вызваны неблагоприятной экологической обстановкой, отсутствием физической активности, нездоровым питанием, постоянным психоэмоциональным напряжением на фоне гипокинезии и отсюда - злоупотреблением алкоголем, курением и наркотиками. По этой причине актуальность данной темы, обусловлена тем, что именно человека приобретает еще большую важность в современных условиях глобального духовного и экологического кризиса, характеризующегося негативными тенденциями в динамике здоровья человека, поэтому возникает естественный всевозрастающий интерес к проблеме здоровья в ее общенаучном и философско-антропологическом измерениях. Различные варианты решения этой проблемы определяют лишь общую научную направленность исследователя, понимание им цели своей деятельности и осмысление ее результатов, выбор средств познания. Необходимо формировать здоровье человека целостно, в единстве тела, души и духа с соответствующей иерархией материальных и духовных ценностей

Список использованной литературы:

1. Диалектика живой природы. М., 1984. С. 53.
2. Юдин Б.Г. Здоровье человека как проблема гуманитарного знания // Философия здоровья. М.: ИФ РАН, 2001. С. 63–64.
3. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. пособие. - 2-е изд. исп. и доп. - М.: Педагогическое общество России, 2000 - 407 с.
4. З. Шош И., Гати Т., Чалан Л., Деши И. Патогенез болезней цивилизации. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1976. - 286 с

СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Шамов З.М., Шихнебиев Д.А., Мусаева Ш.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Давно известно, что есть особый круг профессий, где обучение может идти только вживую, на реальных ситуациях, такие как - пилот, судья, диспетчер, даже водитель. В процессе обучения этих специалистов так или иначе возникают риски для третьих лиц, никак не относящихся к процессу обучения. Особое место здесь занимает обучение врача. С одной стороны, мало кто хотел бы быть первым пациентом доктора, который учился теоретически, «по учебникам». Но и мало кто хочет, особенно в последнее время, быть демонстрационным материалом для студента. Одним из решений является обучение на медицинских симуляторах, дальних потомках муляжей и фантомов.

Обучение на основе моделирования раньше стало широко использоваться в других профессиях с высокой степенью опасности, таких как авиация, ядерная энергетика, космонавтика, чтобы максимизировать безопасность обучения и минимизировать риск. Одним из признаков и современного медицинского образования также стало стремительное внедрение виртуальных технологий и симуляционных методов обучения в подготовку будущих врачей. В данной статье хотелось рассмотреть в чем этические особенности, плюсы и минусы такой замены обучения на больных на симуляционное обучение.

Рассмотрим **преимущества** использования симуляционных методов обучения.

Снижение рисков. Выше я писал о появлении дополнительных рисков для пациента при его участии в процессе обучения студента, и что наличие этих рисков составляет фундаментальную этическую проблему в медицинском образовании. Так медицинские ошибки, которые можно было бы предупредить, регистрируются более чем у

400 000 больных в США, и они занимают третье место в структуре смертности после сердечно-сосудистой патологии и онкологии.

Разумеется, подготовка квалифицированного врача не может быть в полной мере реализована без контакта с реальными пациентами, но обучение на основе моделирования может помочь уменьшить это противоречие, развивая знания, навыки и отношение медицинских работников, но при этом защищая пациентов от ненужного риска.

Расширенные возможности обучения. Современные изменения в организации оказания медицинской помощи, ее финансирования, наложили беспрецедентные ограничения на обучение, сделав систематическое обучение в реальных условиях недостижимым. Симуляционное обучение может обеспечить постоянное знакомство студентов и стажеров с различными клиническими ситуациями, включая редкие и атипичные, отработать свои действия в критических ситуациях или при непредвиденной смерти пациента. Например, в Соединенных Штатах были разработаны и апробированы учебные программы, в которых студенты-медики задействуют «говорящих» компьютеризированных манекенов, которые неожиданно умирают, или на которых не удается провести реанимацию в операционной. «Смерти» таких смоделированных пациентов, в помощь которым были вовлечены студенты, могут вызывать близкие к реальным чувства потери и ответственности.

Автономия пациента. Фундаментальный принцип современной биоэтики заключается в том, что пациенты имеют право сами управлять своим лечением. Стандарты информированного согласия требуют полного раскрытия всей соответствующей информации и дают пациентам практически неограниченные права выбирать себе врача, отказываться от лечения, участвовать (или нет) в исследованиях, отказаться от помощи стажера или студента. Но на практике эти этические предписания часто нарушаются. Пациентов часто небрежно спрашивают, может ли учащийся их осмотреть, или даже вообще не спрашивают. Иногда пациенты могут даже не осознавать, что их лечит стажер.

Бессознательные больные или больные под седацией являются уязвимыми субъектами для медицинского обучения. Недавний опрос врачей-стажеров в США подтвердил практику выполнения нетерапевтических, инвазивных учебных процедур во время сер-

дечной реанимации. Симуляционное обучение может значительно уменьшить потребность в участии таких пациентов, когда настоящие пациенты привлекаются существенно позже.

Социальная справедливость и распределение ресурсов. Базовый биоэтический принцип распределительной справедливости требует, чтобы граждане в равной степени разделяли риски, связанные с медицинскими инновациями, исследованиями и обучением практикующих врачей. Это не столь существенно в Дагестане и России, но по зарубежному опыту более 80% добровольцев, согласившихся предоставить себя для экспериментов, и около 70% доноров согласились на медицинские манипуляции, находясь в сложном материальном положении. Это же касается клинических больниц в США (AHS) которые оказывают более 45% благотворительной стационарной помощи и они же обеспечивают большую часть медицинского обучения. Таким образом бедные несут непропорционально большую долю риска обучения новичков. Здесь симуляционное обучение существенно снижает долю неимущих пациентов.

Много авторов и источников говорят о преимуществах симуляционного обучения, о его перспективах, однако многие **вновь возникающие проблемы**, связанные с все более широким использованием медицинских симуляторов обычно обходятся стороной.

Неполная имитация человеческих систем. Человеческие системы очень сложны и разнообразны. На современном уровне полная и точная имитация человека практически невозможна. Возникает упрощение, что может способствовать развитию искусственных навыков, не воспроизводящихся на реальном пациенте. При этом возникает этическая дилемма, студент формально считается умеющим выполнять некоторые манипуляции, фактически не умея их проводить.

Дефектное обучение. Плохо спроектированная симуляция может способствовать негативному обучению. Например: если в симуляции отсутствуют физические признаки, учащиеся могут не проверять их.

Обучение, основанное на моделировании, также может поощрять упрощения в диагностике, которые потом студенты переносят на клинические ситуации.

Сложность и стоимость. Существует 7 классов реалистичности симуляционного оборудования, от 1 (визуальный) до 7 (инте-

грированный), при этом стоимость оборудования каждого следующего класса реалистичности превышает предыдущий втрое. Разница в стоимости между 1 и 7 уровнем в $3^7=2187$ раз. Соответственно в имеющийся бюджет попадает либо оборудование, работающее с малой достоверностью, которое можно использовать только в ограниченном количестве клинических ситуаций, либо несколько дорогих комплексов, с которых «сдувают пылинки» и оно не доступно основной массе студентов. В итоге возникает конфликт между значительным ростом стоимости обучения и качеством обучения студента.

Нивелирование коммуникативно-психологического аспекта обучения медиков. Актуализация современных симуляционных технологий в области медицины отодвигает на второй план вопросы морального плана, вопросы взаимоотношения врача и пациента. Здесь можно увидеть игнорирование следующих моментов:

Интрапсихическое умение эмпатично «прочувствовать» пациента и его отношение к болезни – это тот навык, который может быть приобретён только после многократного общения с реальным пациентом.

Комплаентность, то есть приверженность пациента к лечению – это незаменимый атрибут любого лечебного процесса, достижение которого требует целого комплекса отработанных коммуникативных и психологических стратегий медика.

А те моменты, которые всегда отражены в протоколах проведения симуляционного экзамена (представиться, получить информированное согласие) конечно тоже имеют некоторое значение, но куда более формальны и мало связаны с реальным результатом лечения. Вспомните «лечение словом» Гиппократов – как лечить словом симулятор? Даже если он умеет разговаривать...

Полиморбидность. Полиморбидность или коморбидность ряда заболеваний у одного пациента в реальной клинической практике может поставить в тупик студента, который изучал на симуляторах изолированные патологии органов или систем органов. Помимо этого, существует колоссальное количество ситуаций, с которыми студент встречается только на клинических базах и которые невозможно смоделировать, предугадать и подготовиться к ним в «искусственных» условиях безопасной «комнаты симуляционных тренажёров».

Отношение учащихся: Участники всегда будут относиться к симулятору иначе, чем к больному в реальной жизни. Могут произойти два общих изменения отношения: (а) повышенная бдительность, которая вызывает чрезмерную озабоченность, потому что известно, что событие вот-вот произойдет (б) бесцеремонное поведение, которое происходит, потому что ясно, что на карту не поставлена человеческая жизнь.

2. ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ

Романова М.М., Чернов А.В.

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России
Кафедра физической и реабилитационной медицины,
гериатрии ИДПО, г. Воронеж*

Ближайшими целями развития здравоохранения в нашей стране являются «увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни» [11]. При этом актуализируются процессы цифровизации, интенсификации труда в здравоохранении, возможности адекватного реагирования на этико-деонтологические аспекты работы в контексте перегрузок [1,5,6,9]. В то же время возрастают требования к профессиональным качествам и компетенциям медиков благодаря совершенствованию квалификационных характеристик и требований, утверждению профессиональных стандартов [2,7,8,10]. Все это ярко проявилось при пандемии COVID-19, которые в том числе увеличивают психоэмоциональные нагрузки при профессиональном общении.

Целью исследования явилось изучение состояния психологического здоровья медицинских работников при профессиональном общении.

Методы и материалы. В исследование включено 60 медицинских работников, врачей и медицинских сестер. Средний возраст $47,1 \pm 6,2$ лет. Применялись клинико-психопатологический, психодиагностический методы исследования, включая использование шкал Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и депрессии (HDRS); опросника В.В. Бойко (далее – опросник 1); опросника, разработанного на основе трехфакторной модели К. Маслач и С. Джексон в адаптированном варианте Н.Е. Водопьяновой (далее – опросник 2). Информированное согласие на личное участие в исследовании подписано всеми участниками. Полученные данные обрабатывали ста-

статистически с помощью компьютерной программы «Statistica 10.0» с применением пара- и непараметрических критериев ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ статистически обработанных полученных результатов проводился как по общим показателям, так и по средним показателям средних оценок в выделенных группах (врачи и медицинские сестры) и подгруппах (возрастные категории, гендерные особенности, стаж профессиональной деятельности). В исследуемой группе медицинских работников были выявлены признаки тревожно-депрессивных изменений аффективной сферы у 44 лиц (71%), при этом наиболее выражены были тревожно-меланхолический и субдепрессивный типы, среди врачей и медицинских сестер в подгруппах в возрастной категории от 40 до 50 лет. При анализе показателей по шкалам HARS и HDRS отмечались преимущественно субклинически выраженные формы тревожных и депрессивных расстройств.

Отдельные симптомы согласно опроснику 1 выявлялись у 52 (83,8%) обследованных медиков. При этом преобладала фаза «истощения», в старшей возрастной подгруппе - стадия «деперсонализации». По структуре отдельных симптомов у врачей доминировали такие как «психосоматические и психовегетативные нарушения», «расширение сферы экономии эмоции», «переживание психотравмирующих обстоятельств», «загнанность в клетку»; у медицинских сестер чаще проявлялись «эмоциональная отстраненность», «эмоциональный дефицит», «неадекватное эмоциональное нравственное реагирование».

Результаты анкетирования по опроснику 2 показали, что средний интегральный показатель выгорания в группе врачей составил $6,5 \pm 0,9$, средняя степень, в группе медицинских сестер – $7,8 \pm 2,1$, высокая степень эмоционального выгорания. Наибольшее выгорание по шкалам «эмоциональное истощение» и «деперсонализация/цинизм» наблюдалась в подгруппе медицинских сестер возрастной категории от 40 до 50 лет и подгруппе врачей женского пола старше 50 лет со стажем более 20 лет.

При проведении корреляционного анализа выявлены корреляционные связи, прямые и обратные, средней интенсивности между отдельными средними показателями состояния аффективной сферы и синдрома профессионального (эмоционального) выгорания ($p < 0,05$).

Результаты исследования в определенной мере согласуются с другими данными [3, 4], позволяют констатировать, что в отечественном здравоохранении и медицинском образовании повышается приоритетность вопросов высокой стрессоустойчивости, воспитания надежных морально-волевых качеств у медицинских работников, своевременного и эффективного выявления, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психологического здоровья в медицинской среде при профессиональном общении. Поэтому считаем необходимой оптимизацию психологической подготовки при формировании профессиональных компетенций в рамках программ образовательных стандартов высшего и среднего медицинского образования и дополнительных программ профессионального образования на этапах постдипломного дополнительного профессионального образования врачей и медицинских сестер.

Заключение. Таким образом, психологические изменения выявляются и у врачей, и у медицинских сестер, преимущественно выражены в старших возрастных группах. Учитывая вышеизложенное, считаем необходимым и целесообразным постоянное проведение мониторинга состояния психологического здоровья медицинских работников при проведении профилактических медицинских осмотров, при диспансеризации. Разработка и реализация мероприятий по сохранению психологического здоровья, профилактики и коррекции негативных особенностей состояния психоэмоциональной сферы медицинских работников внесут вклад в оптимизацию профессионального общения, повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи населению страны.

Список использованной литературы:

1. Бабанов С.А. Синдром эмоционального выгорания // Врач скорой помощи. 2012. № 10. С. 59-65.
2. Нагорнова А.Ю. Высшее образование в России: история и современность / А.Ю. Нагорнова и др. / Ульяновск: «Зебра», 2017. 453 с.
3. Миков Д.Р. Особенности синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников многопрофильного стационара // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып.1. С. 88-97.

4. Огнерубов Н.А., Огнерубова М.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей терапевтов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. 2018. № 2. С. 23-26.

5. О проблемах адаптации студентов / М.М. Романова [и др] // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19. № 1. С. 99-103.

6. Оценка некоторых особенностей результатов диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения региона / М.М. Романова [и др] // Успехи современного естествознания. 2014. № 5-2. С. 41-45.

7. Профессиональная подготовка субъектов образовательного процесса в современном вузе. / Отв. ред. Нагорнова А.Ю. Ульяновск: «Зебра». 2020. 294 с.

8. Романова М.М., Зуйкова А.А., Красноруцкая О.Н. К вопросу о нравственном воспитании студентов медицинского университета // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2016. № 63. С. 79-84.

9. Романова М.М., Зуйкова А.А., Ширяев О.Ю. Оценка организации медицинской помощи в первичном звене здравоохранения глазами пациентов и медицинских работников // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2015. № 59. С. 100-103.

10. Романова М.М., Зуйкова А.А. Особенности организации преподавания поликлинической терапии в современных условиях // Успехи современного естествознания. 2015. № 1-8. С. 1308-1310.

11. Указ Президента Российской Федерации от 06 июня 2019 г. № 254 «О стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». [Электронный ресурс] URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (дата обращения: 13.11.2022).

БЕСКОНФЛИКТНАЯ СРЕДА КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Шамов Г.А., Магомедова З.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Чтобы понять, что такое бесконфликтная среда, нам необходимо разобраться в более привычном для слуха словосочетании – конфликтная среда.

Конфликтная среда – та, в которой появляются причины для недовольства, недоверие, многое скрывается; появляется рост внутреннего напряжения и отсутствует возможность с этим справиться. Она мешает выздоровлению, хочется выбраться из такого состояния.

Надо признать, что медицина-сама по себе конфликтная отрасль. В ней идут столкновения по разным фронтам.

Например:

1. Пациент хочет получить качественное лечение за малый срок, а врач ориентируется на стандарты оказания медицинской помощи, где необходимо выдерживать сроки. Поспешность может снизить как качество работы, так и самоуважение доктора к себе.

2. Или наоборот. Пациент просит доктора ещё побыть в стационаре, настаивая на том, что недостаточно здоров. Однако доктор понимает, что причина такого поведения не в отрицательной динамике болезни, а в психологическом феномене - "эффекте ноцебо". И причина тому может быть разной. Как вариант, пациент не желает выздоравливать и бессознательно продлевает болезнь, испытывая эмоциональную зависимость от жалости близких, посещающих его в больнице.

3. А сколько боли и конфликтов в ургентной медицине, во фтизиатрии, в онкологии, в хирургии, наконец. Зачастую пациент задается молчаливым вопросом: "Почему меня? Почему я выбран болеть этой болезнью? За какие такие грехи?" Торг с Богом остаётся без ответа, и пациент вынужден смириться.

4. Приведем ещё один пример конфликтности профессии. Переход современной медицины на коллегиальную модель отношений

врача и пациента как на наиболее предпочтительную добавило коммуникативной нагрузки. В ней врач и больной как бы на равных. Есть место и капризному, и умному и любопытствующему пациенту, потребности которых врачам рекомендуют учитывать. Мы совместно принимаем решение на основе честности, свободы выбора, разделении ответственности. С улыбкой, доброжелательностью, профессионализмом. На сегодняшний день, нужно признать, что в данной модели не хватает культуры понимания и пользования такой медициной. И поэтому, на выходе часто нарушаются личные границы врача со стороны пациента, проявляется панибратство, неграмотность, сопротивлению лечению. Недалеко и до профессионального выгорания врача.

Немного разобравшись в теме конфликта попытаемся понять, что же такое бесконфликтная среда.

Мы уже выяснили, что не можем предотвратить все конфликты в медицине, однако стремимся их минимизировать, не повторять грубых ошибок, постоянно держать обратную связь с пациентами и постоянно "работать над собой", улучшая качество работы, условия обслуживания. Это и есть бесконфликтная среда. Она построена на знаниях современного медицинского менеджмента, медицинской логистики, в неё входят свежие знания из практической психологии, педагогики, конфликтологии, юриспруденции и других наук.

Нет времени на раскачку. Процесс запущен. Все, наверное, уже слышали о бережливых поликлиниках. Очень быстро идёт профессиональный рост системы обслуживания вкупе с качеством медицины. Этому сильно способствует появление в профессии частных клиник, которые формируют абсолютно иное мировоззрение. Запущен процесс оптимизации медицинской деятельности каждого сотрудника с максимальной ориентацией на пациента. Да и со стороны граждан страны появился тренд на здоровье – все больше людей хотят поддерживать свое тело в молодом состоянии и заниматься профилактикой возможных болезней, сотрудничая с грамотными специалистами. И это уже все больше не пациенты, а заказчики долголетия и красоты жизни - клиенты.

Как же реализуется бесконфликтная среда на конкретном примере. Возьмём кабинет врача. Сразу хочется предупредить о том, что рекомендации подготовлены для работы с психически здоровыми людьми, они будут носить обобщенный характер, не учитывая

нюансы вашей профессии, конкретные редкие случаи, психологические особенности врача и пациента. Уважаемый читатель, верю, что вы далеки от буквализма, корректируйте рекомендации под себя.

Итак:

- Врач встаёт, подходит к двери и встречает своего пациента как родного. Помните передачу “Слава богу, ты пришёл“;)

- Приглашает пройти в кабинет. При необходимости помогает на входе. Подсказывает куда повесить одежду, куда сложить вещи, куда присесть. Это важно, ведь пациент напряжен и может растеряться, он впервые в вашем кабинете.

- Только после всего вышперечисленного врач садится напротив клиента-пациента. Располагается к нему без барьеров, под углом 45°

- В ходе беседе он располагает к себе пациента и вызывает доверие. Для этого в самом начале можно заговорить о чем-то нейтральном и недолгом, например, о погоде, настроении, спросить о том, как добрался пациент в клинику. Это важно, хоть и может показаться лишним. Тем временем, с первых секунд врач замечает настроение пациента, его внешний вид, уровень тревожности и вовлеченности в болезнь, и многое другое. Расслабляясь, пациент выдает себя и позволяет доктору построить первую диагностическую гипотезу.

- Слова приветствия и нейтральная беседа располагают пациента к врачу, снимают страхи, и проще вовлекают пациента в дальнейшую беседу. Глубокое доверие и открытость к врачу – является хорошим знаком на дальнейшее выздоровление.

- Врач, безусловно, должен быть ухоженным, выпавшимся, доброжелательным, аккуратным в речи, внимательным к деталям, коммуникабельным, улыбчивым, уважающим своих пациентов. Надо признать, что по отношению к врачам зачастую бывает достаточно много требований не только профессионального рода, но и затрагивающих человеческий фактор.

- Требования к кабинету. Чистота, уют, комфорт, тепло, наличие салфеток, воды. Разделение на зоны. Например, зона для беседы, зона для осмотра, зона для рабочего стола, детская зона или другие по вашему профилю. Важно, чтобы в нем было безопасно, сохранялась конфиденциальность беседы.

- В беседе с пациентом врач может применять отработанные в личном опыте выверенные фразы. Например, вместо фразы “Больной, на что жалуетесь?” можно “Слушаю вас, Магомед Магомедович, что вас ко мне привело?”

- Важно понимать, в своем кабинете врач является ведущим. Он может направлять диалог, регламентировать его, возвращать к определённым эпизодам. Можно прояснять историю уточняющими вопросами. Это важно. Управляемый диалог оптимизирует работу, экономит время, часто удовлетворяет обе стороны, позволяет получить больше результата. Можно научиться корректно, используя рекомендации психолога, вести "сложных" пациентов.

- В самых затруднительных случаях можно использовать психологические подсказки – приемы, методы, упражнения, которые мы рекомендуем врачам на своем курсе “Эффективные приемы и методы взаимодействия врача и пациента”

Вот далеко не полный список наших рекомендаций. Пользуйтесь на здоровье!

Кому стало интересно, можете поделиться своими идеями, комментариями с нами, дополнить список своими рекомендациями.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ

Исмаилов М.И., Абиева Э.Г., Гаджиева З.Д., Гусейнова А.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра глазных болезней №2
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала
МАНО «Центр медицины высоких технологий» им. И.Ш. Исмаилова*

Вопрос взаимоотношений врача и пациента актуален с давних времен. Викентий Вересаев (XX столетие) писал: «Врачи тщательно оберегают публику от всего, что могло бы поколебать в ней веру в медицину. Ну и что же? Сильна в публике вера в медицину? Не подхватывает она всякую самую чудовищную сплетню о врачах, не предъявляет она к врачам самых нелепых обвинений и требований?».

Вне всякого сомнения, что взаимоотношения врача и пациента были и остаются основополагающим звеном в комплексе лечебной и диагностической деятельности медицинского работника. Нередко проблемы биомедицинской этики служат критерием, хоть и субъективным, качества оказанной медицинской помощи. И всегда эмоциональная составляющая будет влиять на личностную характеристику врача, на успех его взаимодействия с больным и даже на эффективность лечения, поскольку расположить пациента к выполнению назначенных врачом предписаний - порой самая сложная задача.

В последнее десятилетие наблюдается устойчивое формирование определенной модели поведения пациента в лечебных учреждениях. Есть две составляющие в этих отношениях: юридическая - на первом плане, так как медицинский работник не имеет права прикоснуться к пациенту, если не получит от него письменное добровольное согласие и ряд других документов (договор, согласие на обработку персональных данных и т.д.), и медицинская - обсуждение с больным плана обследования, лечения, ожидаемых результатов и т.д. Во многом это связано с бумом развития частной системы здравоохранения, тотальной коммерциализацией медицины в целом. Врачи заняты не лечебно-диагностической работой, а продажей медицинских услуг, практически - абсолютный маркетинг. Успешен тот врач, у кого больше подписчиков в социальных сетях, у кого развита рекламная поддержка и т.п. Появился термин «медицинский бизнес», который ничего общего с медициной и здравоохранением не имеет. Проблема усугубляется еще тем, что в государственной клинике пациент, а также судебные и надзорные органы прощают все, а в частной клинике пациент, судебные и надзорные органы не прощают ничего. Поскольку лицензионные требования как к частным, так и к государственным клиникам в принципе одинаковые, наблюдался некий перекосяк в подходах к оценке деятельности медицинских организаций. Вместе с тем, буквально в течение последних 2-3 лет наметилась тенденция по выравниванию ситуации благодаря тому, что в государственных лечебных учреждениях повсеместно внедряются платные медицинские услуги, доля которых растет из года в год. Экономическая модель здравоохранения последних лет стирает эту грань в условиях дефицита финансирования по линии ОМС. Кроме того, частные клиники в свою очередь активно внедряются в реализацию системы ОМС,

предоставляя гражданам целый спектр бесплатных медицинских услуг, в том числе высокотехнологичных.

Современные реалии диктуют необходимость четкого юридического сопровождения всех этапов оказания медицинской услуги. Об этом говорят и модернизированные федеральные законы об охране здоровья граждан, и страховые правила и многие другие нормативно-правовые акты. Минимально необходимый пакет документов включает в себя: 1) информированное добровольное согласие пациента, 2) договор о оказании медицинских услуг, 3) спецификация на предоставляемые услуги, 4) акт выполненных работ. Все это обязательно должно быть скреплено подписями пациента. Иначе требования страховых организаций (медико-экономическая экспертиза) довольно однозначны - нет подписи пациента, нет услуги! Вот почему современный медицинский работник обязан быть как минимум юридически грамотным, либо лечебное учреждение должно иметь в штатном расписании должность юриста.

На современном этапе врач, равно как и медицинская организация, абсолютно юридически беззащитны. Если модель общения с пациентом уходит в уголовную плоскость - отвечает врач, если в гражданскую - отвечает медицинская организация. При этом и в отношении врача, и в отношении медицинской организации, к сожалению, действует принцип «презумпции виновности». Однако известен и феномен «подмены» значимости ответственности: лечение успешно - хороший врач, лечение безуспешно - плохая клиника! В основе этого феномена лежит тот факт, что медицинская организация для недобросовестных адвокатов и юристов является легкой и привлекательной финансовой добычей, тем более, что судебные, экспертные инстанции почти всегда занимают «пострадавшую» сторону. На самом деле - это ни что иное, как «потребительский экстремизм», выколачивание денежных ресурсов из медицинских организаций. Это тоже своего рода бизнес последних лет, который стал успешно развиваться с помощью сотен и тысяч «пациентзащитающих» обществ, ассоциаций, организаций, мониторов и прочих авантюристов от юриспруденции.

Кроме того, участились эпизоды нападения на медицинских работников, особенно скорой помощи, угроз расправы, а также в связи с неудовлетворительными результатами лечения или операции по принципу «око за око», «зуб за зуб». Следствием череды таких

эпизодов послужила законодательная инициатива об усилении ответственности вплоть до уголовной за физический вред, наносимый медработнику. Данная инициатива пока не реализована в виде поправок в кодекс об административных правонарушениях. Однако становится совершенно ясно, что биомедицинская этика уже должна быть защищена законом. Если и дальше будет продолжаться такой тренд, если в конце концов не заменят законодательно понятие «медицинская услуга» на «медицинскую помощь» и не выведут медицинскую деятельность из-под юрисдикции закона «О защите прав потребителей», здравоохранение может столкнуться с проблемой оттока медицинских кадров, не говоря уже о растущем из года в год «потребительском экстремизме».

Нередко врачи выбирают легкий для себя путь обретения авторитета перед пациентом, очерняя работу предыдущих медиков, которые якобы неправильно лечили пациента, назначали не те лекарства и операцию провели очень плохо! Пациент такого врача сразу распознает, и если ему медицинская услуга предоставлена на платной основе, а обещанного результата нет, то наступает «взрыв» эмоций, конфликт. Поэтому, пациент может обвинить врача в некомпетентности и желании наживы на его здоровье. Отсюда следует, что очень важно четко объяснить пациенту и его родственникам возможность, диапазон врачевания в каждом конкретном случае, и закрепить свои слова и осведомленность пациента его подписью!

Однако не все отношения врача и пациента лежат в юридической плоскости. Зачастую «виновниками» развития юридической модели общения с пациентом являются сами медработники. В эпоху развития новых диагностических и лечебных технологий, доказательной медицины, мы - медики, часто говорим с пациентом на языке снимков, анализов, тестов, заключений, справок, не находя времени или желания на их интерпретацию, на живой доверительный диалог. Анонимный опрос почти 100 пациентов, находящихся на стационарном лечении в АМНО «Центр медицины высоких технологий имени И.Ш. Исмаилова» показал, что пациенту больше всего нравятся: 1) уют и чистота в больнице, 2) вкусное и достаточное питание, 3) вежливое и внимательное обращение персонала и только на последнем !!!! месте 4) результативность лечебных процедур и операций. Можно сделать вывод о том, что сервисные услуги - это очень важная, неотъемлемая часть медицинской услуги и от

качества предоставления сервисных услуг во многом зависит дальнейшая модель поведения пациента: юридическая или же духовная.

Возвращаясь к порочному понятию «медицинский бизнес», надо отметить, что такая «медицинская услуга» построена на абсолютном обмане пациента, введении его в заблуждение: 1) назначение избыточных, дорогостоящих диагностических тестов, анализов, 2) выявление несуществующих патологий, диагнозов, 3) необоснованное и избыточное назначение лекарств, БАДов, витаминов, 4) манифестация, рекламирование псевдо-специальностей с наукообразными названиями, и, соответственно, псевдо-специалистов, порой не имеющих среднего образования, 5) популяризация «провинциального синдрома» - рекламирование и продажа консультативных услуг приезжих специалистов. Как говорится: «Ничего личного - только бизнес». Вот почему зачастую медицинские работники сталкиваются с агрессией пациентов, агрессией юристов и адвокатов, а по сути симметричным, пропорциональным ответом на такое небрежное, безответственное и даже преступное отношение к пациенту.

Известно очень много изречений знаменитых, авторитетных ученых, медиков, философов, прямо указывающих на важность человеческого, теплого обращения врача к пациенту: В.М. Бехтерев «Плох тот врач, после беседы с которым больному не стало легче», А.П. Чехов «Если после разговора с врачом больному не стало лучше - это не врач», французская поговорка «Врач может иногда излечить, может облегчить, но утешить он должен всегда» и т.д. Действительно, видя искреннее, гуманное и профессиональное отношение к себе, пациент или его родные смогут простить врачу многое - и осложнение, и врачебную ошибку, и даже летальный исход, но никогда не примут и не простят черствого, меркантильного и непрофессионального подхода.

Анализируя изложенное выше, можно с уверенностью сформулировать современную формулу успешных взаимоотношений врача и пациента: «Вежливая компетентность». Очень актуально замечание профессора Шамова Ибрагима Ахмедхановича: «Врач должен быть в том числе и актером. Это актерское мастерство должно идти на пользу лечению больного и повышать авторитет врача!».

Принято во всех пробелах винить недофинансирование отрасли, в данном случае - здравоохранение. Финансовые ресурсы распределены крайне неравномерно, очень остро стоит проблема низкой за-

рабочей платы в отрасли. Хотя активно реализуются «майские указы» Президента РФ, в том числе по повышению заработной платы, в целом, проблем в здравоохранении еще достаточно. В сравнение с другими странами доля ВВП, выделяемой государством на здравоохранение, в нашей стране не на лучших позициях, к сожалению. Вместе с тем, для решения этих вопросов не нужны деньги, а необходимо формировать культуру, милосердие, ответственность медработников. Необходима модернизация законодательной базы в области не только здравоохранения, но и в области высшего образования.

И все же на протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и пациентом было и остается доверие. Антуан Экзюпери (XX столетие) писал: «Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание».

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И СТУДЕНТА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

**Алискандиева М. А., Мусаева Ш.М.,
Ахмедова А.Р., Магомедов Р.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрав России.
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

**Оптимистическая ложь до такой степени необходима в медицине, что врач, неспособный искренне лгать, выбрал не ту профессии
- Джордж Бернард Шоу**

Взаимоотношение врача и студентов медицинского университета – это сложный многогранный процесс. Проблема этих взаимоотношений встала на пересечении важнейших профессий: медицины и преподавательской деятельности. Государственная медицина сегодня испытывает острую нехватку кадров, хотя в медицинских институтах, академиях, университетах обучается множество студентов. Большинство из них, судя по опросам, собираются работать

в стационарах и поликлиниках, но, по разным оценкам, менее половины остаются работать в медицинской сфере. Одной из причин подобного положения является то, что, выбирая медицинскую специальность, будущий специалист имеет весьма стереотипное представление о роли врача, руководствуясь скорее представлениями, сложившимися в обывательской среде. В процессе обучения студенты сталкиваются с повседневной практикой будущей специальности, и возникает несоответствие воображаемой и реальной роли медицинского работника.

Врач должен внедрять студента теоретический мир медицины, но также уделять отдельное внимание практической медицине, т.к. в медицине огромную роль играет опыт врача

Врач играет важную роль в становлении личности студента как врача. Здесь остро стоит вопрос о том, какими качествами должен обладать врач. Вековая практика в трудовой деятельности доказала, что пальму первенства среди профессиональных качеств завоевала, как бы банально это не звучало, ответственность, ведь он несет на себе груз ответственности за жизнь другого человека. Важно иметь способность принимать быстрые решения, т.к. в медицине нет места ошибкам и медленной реакции.

Существуют ярко выраженные гендерные отличия в представлении о профессиональных качествах врача. Если ответственности, дисциплинированности и способности принимать быстрые решения юноши и девушки придают одинаковое значение, то девушки в разы чаще считают главным для врача умение посочувствовать и подбодрить пациента. Для юношей важнее компетентность и желание помочь.

Студент должен приноровиться к хладнокровности, ведь как сказал Джон Лаббок «Будьте осмотрительнее и сохраняйте хладнокровие Владеющая собой голова так же нужна, как и горячее сердце». Это связано, вероятно, с тем, что большинство юношей мечтают в будущем быть хирургами, и считают это качество необходимым для этой специальности. Трудолюбие и коммуникабельность равно важны для обоих полов и для врача является негласной обязанностью на собственном примере показать важность умения найти подход к пациенту, уметь правильно выстроить диалог и понять в какие моменты лучше остановить диалог, а в какие продолжить.

Одной из основных задач врача является воспитать в студенте мед. Университета личность, уважающую свое дело, свои права и права, вселить в него то за что боролись и за что погибали великие умы медицины, высшие моральные ценности и любовь к своему делу. Как когда-то Иосиф Александрович Бродский сказал в своем интервью «Остаться самим собой...» «Но наступает какой-то момент, когда в общем уже не важно, кто и что о тебе думает, когда твоя деятельность становится просто твоим существованием. И это ты, и, если даже ты не прав, это всё равно ты, это твоя жизнь, ни на чью не похожая»

В этих словах кроется огромный смысл и посыл для молодых студентов. Выстроив дедуктивную цепочку выходит, что работы для врача, не любящего свое дело и не заинтересованного в нем, будет рутинной неинтересной и, в как вытекающее, он будет небрежно относиться как к лечению, так и к пациенту. А такой врач становится уже социально опасным. Задачей преподавателей является влюбить молодые умы в дело, в руках которого жизни и здоровье всего человечества.

Проблема воспитания на сегодняшний день является одной из актуальных. Высшей медицинской школе, в рамках реализации национального проекта совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации, предстоит повысить уровень образования при подготовке высококвалифицированных специалистов медиков, а именно врачей общей практики, которые работают в непосредственном контакте с населением страны.

Специфика врачебной деятельности предполагает знание своеобразного свода этических правил, запретов и ограничений, которые должны приниматься во внимание теми, кто неизбежно по роду своей деятельности вмешивается в жизнь другого человека. Профессионально личностная культура врача должна пронизывать все аспекты его профессиональной деятельности. В этой связи актуален системно ценностный подход в формировании содержания образования студентов медицинских вузов. Развитие у студентов-медиков социально-культурной толерантности является признаком уверенности в себе, признаком эффективного роста образования специалистов медицинского профиля, характеризующегося комплексом профессиональных умений, милосердия, сочувствия, сострадания, доверия и т.д. Сегодняшний студент будет выполнять в обществе

множество социальных ролей, интегрировать в различные сферы общественной жизни. Поэтому необходимо формирование мировоззренческих, гражданских основ личности, учитывая также традиционно активную роль медиков в общественной жизни.

Медицина – это профессия, концентрирующая в себе все известные науки. Так одной из важнейших наук, которой должен обладать любой квалифицированный врач - это психология.

Ведь должен уметь входить в доверие, собирать подробный анамнез, как говорится в латыни «*Qui bene interrogat, bene dignoscit, qui bene dignoscit, bene curat*» – Кто хорошо расспрашивает, хорошо ставит диагноз; кто хорошо ставит диагноз, хорошо лечит. Он должен стать оплотом надежды для пациента, в какой-то степени уметь манипулировать. Это все приходит лишь с годами практики.

Опытные врачи должны научить студентов медиков этой тонкой науке. Во врачебной деятельности большую роль играет психосоматика и умение правильно пользоваться знаниями о ней. Организм человека - это переплетенная и сложная сеть систем жизнеобеспечения и поддержания ее. И настрой больного, который, непосредственно зависит от навыков обращения врача с пациентом, играет огромную роль на течение заболевания. Правилам и основам деонтологии – вот чему в первую очередь должен научить врач своих студентов.

Итак, как известно, слово врача может принести как пользу, так и вред, поэтому нужно быть предельно внимательным к словам, сказанным при пациенте. В своей работе врач должен внимательно слушать пациента и не игнорировать жалобы на плохое самочувствие, даже если врач подозревает, что он симулирует. Лучше перепроверить и убедиться, что пациент здоров тщательно осмотрев его, не стоит стыдить его и уличать во лжи, неосторожные высказывания могут ранить его психику и подорвать доверие к врачу. Доверие пациента завоевать не трудно, но и потерять легко. Поэтому врачу следует быть терпеливым, уметь сострадать, не быть равнодушным, грубым, резким; врач должен уметь ободрить больного, вселить в него надежду на скорейшее излечение, своими словами положительно воздействовать на психику больного, тогда и успех будет гарантирован. Разделение на медицину или психологию важно для нашего разума. На самом деле, где граница между врачом, поддерживающим, успокаивающим своего пациента, вселяющим в него надежду, и психологом, «исцеляющим» душевные раны? Кое-что в

медицине может быть сделано только на психологическом уровне. Так же как в психологии иногда не обойтись без медицины

Подводя итог, хочется сказать, что врачевание – это тот дар, который был ниспослан нам и который мы должны передавать в усовершенствованном виде молодому поколению студентов медицинских университетов.

Медик занимает в пределах любого общества, любой цивилизации совершенно особенное положение: он повсеместно является предметом общественного внимания и почти всегда незаменим.

Поль Мишель Фуко

Список использованной литературы:

1. Актуальные проблемы биоэтики: Сб. обзоров и реф. / РАН. ИНИОН. Центр науч.-информ. исслед. по науке, образованию и технологиям; Отв. ред. Юдин Б.Г. М., 2016. - 242 с. - (Сер.:1 Наука, образование и технологии).
2. Островская И.В. Медицинская этика
3. Шамов И.А. Биоэтика. - М.: Медицина, 2006. - С.100-120.
4. Яровинский М.Я. Медицинская этика. - М.: Медицина, 2006.

ВЗАИМООТНОШЕНИЕ В ГРУППЕ, КАК ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И УРОВЕНЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ

**Бийболатова К.А., Сейдалиева К.Л.,
Бийболатова Р.Г., Рагимова Р.Ш.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Актуальность. В настоящее время наблюдается значительное повышение интереса к изучению психоэмоционального состояния коллектива, включая стрессогенный фактор, и его влияние на академическую успеваемость студентов. Одним из главных составляющих

психоэмоционального состояния студента является учебный стресс [1] Учебный стресс – это состояние, характеризующееся чрезмерным напряжением тела, снижением эмоционального и интеллектуального потенциала, что в конечном итоге приводит к психосоматическим заболеваниям и задержке личностного развития студента [2]. Однако, обучение в высшем учебном заведении предполагает под собой нахождение студента в социальной среде и влияние на него множества стрессогенных факторов, в том числе и коммуникационного характера – влияние студенческой группы и преподавателей.

Влияние стресса на учебное поведение студентов определяется наличием стрессогенных факторов в студенческой среде, таких как влияние взаимоотношений в группе, социальная адаптация, необходимость личностного самоопределения в будущей профессиональной среде, высокий уровень учебных нагрузок, в частности, в учебно-экзаменационный период [3]. Именно поэтому студентам необходим высокий уровень стрессоустойчивости. Стрессоустойчивость - это способность справляться со стрессовыми ситуациями без вреда для психики и здоровья. Студенты с высоким уровнем стрессоустойчивости достаточно легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро входят в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения. Как правило, они не конфликтны и обладают высокой эмоциональной устойчивостью [4]. Следует учитывать тот факт, что в период студенчества происходит формирование системы взаимоотношений между обучающимися вузов, колледжей и т.д. и окружающими, которые так или иначе в разной степени влияют на становление и развитие их индивидуальности и стиля поведения, что в свою очередь способствует становлению, утверждению и приобретению учащейся молодежи своего места в обществе [5]. В академической группе постоянно происходит структурирование, формирование и изменение межличностных, эмоциональных и деловых взаимоотношений, распределение групповых ролей и проявление личностных качеств участников коллектива. Эмоциональные составляющие оказывают сильное влияние на формирование личности студента, на его поведение, на его успешность в учебной и последующей профессиональной деятельности.

Цель: выявить взаимосвязь между стрессоустойчивостью, взаимоотношением в коллективе и влияние этих факторов на успеваемость студентов старших и младших курсов.

Материалы и методы. Проведено тестирование по специфическим опросникам 105 студентов ДГМУ. Среди них студенты первой группы (1-2 курс) и второй группы (5-6 курс). Анкета состояла из трех опросников: опросник на определение социально - психологического климата, межличностных отношений в коллективе и их влияния на успеваемость студентов и опросника на выявление уровня стрессоустойчивости.

Тест на стрессоустойчивость был взят у авторов: Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. - М.: Институт Психотерапии. Опросник состоял из 18 вопросов общего характера, направленных на выявление уровня стрессоустойчивости. Студенты, набравшие баллы от 18 до 37, устойчивы к стрессу. Баллы в диапазоне 38-41 говорят о среднем уровне стрессоустойчивости, такие студенты менее устойчивы к стрессу. Студенты, набравшие баллы от 41 до 54, не устойчивы к стрессу.

Тест на выявление социально - психологического климата был взят за основу у О.С. Михалюка и А.Ю. Шалыто. Опросник состоял из 9 вопросов. Он позволял выявить отношения в коллективе и место участника анкетирования в нем. Результаты в диапазоне 6-9 говорят о «весьма благоприятном» социально-психологическом климате, от 3 до 6 – о «в целом благоприятном» климате, от -3 до +3 – о противоречивом и неопределенном климате, -3 - -6 – о «в целом неудовлетворительном» климате от -6 до -9 – о «совершенно неудовлетворительном» климате в группе. Тест на выявление межличностных отношений и их влияния на успеваемость был составлен и скорректирован совместно с научным руководителем. Анкетирование проводилось в Google форме.

Результаты исследования. В ходе исследования были выявлены следующие результаты: средний возраст студентов 1-2 курсов – $18,7 \pm 0,13$ (52 чел.). Средний возраст студентов 5-6 курсов – $22,7 \pm 0,14$ (53 чел.). Уровень стрессоустойчивости среди студентов старших курсов следующий: 86,8% (46 чел.) - уровень стрессоустойчивости выше среднего; 11,3% (6 чел.) - средний уровень стрессоустойчивости; 1,9% (1 чел.) – уровень стрессоустойчивости ниже

среднего. Уровень стрессоустойчивости среди студентов младших курсов: 67,3% (35 чел.) – выше среднего, 21,2% (11 чел.) – средний уровень стрессоустойчивости, 11,5% (6 чел.) – ниже среднего.

Результаты теста на определение социально-психологического климата у студентов старших курсов: 17% (9 чел.) – весьма благоприятный климат; 58,5% (31 чел.) – в целом благоприятный климат; 24,5% (13 чел.) – противоречивый и неопределенный климат. Результаты теста на определение социально-психологического климата студентов младших курсов: 55,8 (29 чел.) – весьма благоприятный; 36,5% (19 чел.) – в целом благоприятный; 7,7% (4 чел.) – противоречивый и неопределенный климат. Средний показатель успеваемости студентов старших – $4,5 \pm 0,07$, студентов младших курсов – $3,92 \pm 0,1$. Среди студентов 5-6 курсов оценку «отлично» получают 60,4% (32 чел.), оценку «хорошо» – 35,8% (19 чел.), оценку «удовлетворительно» – 3,8% (2 чел.). Среди студентов 1-2 курсов оценку «отлично» получают 23,1% (12 чел.), оценку «хорошо» – 50% (26 чел.), оценку «удовлетворительно» – 26,9% (14 чел.). Средний возраст студентов, получающих пятерки - $21,5 \pm 0,27$, а средний возраст студентов, получающих тройки и четверки – $20,1 \pm 0,3$.

В ходе исследования также была выявлена частота влияния взаимоотношений в группе на успеваемость студентов. Среди студентов старших курсов наблюдается следующее соотношение: 88,6% (47 чел.) утверждают, что взаимоотношения в коллективе не влияют на их успеваемость, 5,7% (3 чел.) утверждают, что взаимоотношения в коллективе влияют на их успеваемость периодически и 5,7% (3 чел.) утверждают, что взаимоотношения в коллективе влияют на их успеваемость постоянно. Результаты студентов первых и вторых курсов несколько иное: 42,3% (22 чел.) утверждают, что взаимоотношения в группе не влияют на их успеваемость, 46,2% (24 чел.) утверждают, что взаимоотношения в группе влияют на их успеваемость периодически и 11,5% (6 чел.) утверждают, что взаимоотношения в группе влияют на их успеваемость постоянно.

Показатели	Группа 1	Группа 2
Курс	1 и 2	5 и 6
Средний возраст	$18,7 \pm 0,3$	$22,7 \pm 0,14$
Средний результат теста на стрессоустойчивость	$34,9 \pm 0,66$	$32,6 \pm 0,57^{**}$
Средняя успеваемость	$3,92 \pm 0,1$	$4,5 \pm 0,07^*$

Средний показатель взаимоотношений в коллективе	6,4±0,25	4,7±0,26**
-------------------------------------------------	----------	------------

Примечание: $p > 0,05$ * $p < 0,005$ **

Как видно из таблицы, студенты первых курсов испытывают стресс в большей степени в отличие от студентов старших курсов. Эта разница статистически достоверна (где $p < 0,05$). Успеваемость у старшекурсников в среднем выше, чем на младших курсах. Зато взаимоотношения внутри группы, как показано в таблице, на младших курсах статистически достоверно (где $p < 0,05$) влияют на успеваемость, для них психологический комфорт взаимоотношений имеет большее значение для учебы в отличие от студентов старших курсов.

Выводы:

1. Студенты на первых курсах менее стресс устойчивые, взаимоотношение в группе большей мере влияют на успеваемость, которая значительно ниже в сравнении со старшекурсниками.

2. У студентов старших курсов с годами и опытом стрессоустойчивость повышается, отношения в группе не имеют сильного влияния на успеваемость, которая заметно улучшается.

3. Учитывая, что у студенты первых курсов менее стресс устойчивые, а также отношения в группе могут серьезно влиять на успеваемость, рекомендовано проводить больше времени внеурочно. Например, выезд группой за город, либо посещение совместное каких-либо культурных мероприятий, дабы создать благоприятную обстановку в группе и, следовательно, повысить успеваемость!

Список использованной литературы:

1. Артюхова Т.Ю. Петрова Т.И. Бенькова О.А. Учебная деятельность как фактор возникновения стресса у студентов // Том 52 № 2 (2020): Научный журнал «Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева». 2020. № 2 (52)

2. Чербиева С.В., Бостанова С.В. Эмпирическое исследование учебного стресса у студентов // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2019. – № 12 (178).

3. Имамгалиева Л.А. Социологический анализ влияния стресса на учебное поведение студентов // Вестник Тамбовского университета. Серия: Общественные науки. 2017. Т. 3, вып. 2 (10).

4. Теплякова И.В. Формирование стрессоустойчивости как актуальная проблема студентов-первокурсников вуза // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2018.

5. Радзицкая Я.И., Благовисная Ю.В. Межличностные отношения студентов как фактор влияния на личностное развитие // Наука и реальность/Science & Reality. No 1(9) 2022.

ПРОБЛЕМА КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Джамалудинов Ю.А., Алиева А.Р., Абиева А.Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

*Кафедра болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей
Кафедра нервных болезней, медицинской генетики
и нейрохирургии, г. Махачкала*

Проблема коммуникации «врач-пациент» предполагает междисциплинарный подход с привлечением врачей, медицинских психологов, социо- и психолингвистов.

Коммуникация — это обмен информацией между партнерами по общению и ее понимание ими. Коммуникации преследуют следующие основные цели: побудительные (управленческие) — разъяснение, убеждение, внушение, просьба, приказ; информативные — передача сведений, реальных или вымышленных; экспрессивные — передача сведений для возбуждения эмоциональных переживаний у партнера; фактические — установление или поддержание контакта.

Средства передачи информации делятся так: речь (устная и письменная) — это основное средство коммуникации между людьми; паралингвистические средства — качество голоса партнера, диапазон, тональность и др.; экстралингвистические — плач, смех, темп речи, паузы; кинетические — жесты, мимика, пантомимика, отдельные действия; пространственно-временные — взаиморасположение партнеров по общению, поступки, сложные формы поведения, развернутые во времени, и т.д.; вещественно-знаковые — продукты деятельности, творчество, в частности, художественное, литературное.

Медицинская коммуникация, ее успешность, результативность рассматривается как динамический процесс с характерными вербальными и невербальными стратегиями и тактиками поведения.

В психологии выделяют различные виды общения. «*Контакт масок*» - это формальное общение, при котором отсутствует стремление понять и учесть особенности личности собеседника, при этом используются привычные маски вежливости, строгости, безразличия, участливости, занятости и т.д., т.е. набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть отношение к собеседнику. Такой вид общения в системе «врач — пациент» порождает недовольство врачом, отталкивает пациента, создает конфликтную ситуацию. *Формально-ролевое* общение регламентирует содержание и средства общения социальными ролями партнеров по общению: врач — пациент, полицейский и нарушитель правил уличного движения и т.д. Это наиболее распространенная форма общения в системе «врач — пациент», когда оба формально «отработали» встречу, пообщались, получили сведения, лекарства и т.д.

Светское общение определяется формальной вежливостью, люди фактически не общаются, а как бы исполняют ритуал, говоря то, что положено говорить в определенных ситуациях.

Целью делового общения является организация и оптимизация того или иного вида предметной деятельности, когда на первом плане стоят интересы дела, а не личности собеседника. Особое место в деловом общении занимает общение в системе «врач — пациент», где на первом месте стоит дело (диагностика, лечение, реабилитация, профилактика).

Передача информации от человека к человеку может передаваться не непосредственно, а через ее кодирование, т.е. зашифрование смысла информации в знаковых системах, каковыми являются специальные профессиональные термины, сленг, жаргон, специальные жесты, шифр и т.д. Для успешной передачи и приема информации в этом случае необходимо ее раскодирование (декодирование). Адресат поймет получаемую информацию только в том случае, если он знает код — систему знаков, а проще, если он говорит с партнером на «общем языке».

Передача информации, ее кодирование, прием и декодирование могут осуществляться адресатом и адресантом по различным сенсорным каналам. Чаще всего используется слух и зрение, реже —

осязание и обоняние. Результатом коммуникации может быть передача информации или ее блокада. Причиной блокады являются личностные особенности адресанта — его особое психическое состояние (депрессия, ступор, подозрительность, мыслительные расстройства и др.), различие с адресатом в уровне культуры, жизненном опыте, ценностных ориентациях, социальном положении. Блокада коммуникации может произойти и из-за неадекватного использования средств передачи информации — неправильного выбора самих средств, неправильного выбора сенсорного канала, неверного использования кода. В результате блокады информации возникает ситуация, известная в психологии общения как «диалог глухих». В этом случае нарушаются взаимопонимание и взаимодействие, а в результате блокады потребности к общению возникает состояние фрустрационной напряженности, выражающееся в росте аффективности — раздражительности, тревожности, а то и в явной агрессии (вербальной, моторной).

Произведенный анализ медицинских этико-деонтологических текстов показывает, что наряду с аспектами речевого общения врачу чрезвычайно важно учитывать и невербальные аспекты коммуникации с пациентом. Система «врач - пациент» взаимодействует с другими системами, где коммуникативным лидером выступает представитель медицинской профессии: «врач - врач», «врач - клиент аптеки», «врач - родственник или представитель пациента», «врач - медицинский работник», «медицинский работник - пациент», «преподаватель языка (русского, латинского, иностранного) - студент / аспирант медицинского вуза».

Детальному научному анализу подвергается обширный практический материал, связанный с различными направлениями профессиональной деятельности: «врач-педиатр - пациент», «врач-генетик - пациент», «врач - гериатр - пациент», «врач-терапевт - пациент» и др.

Эффективная коммуникация врача и пациента, включающая в себя критерии выбора определенного типа коммуникации (информационный, интерпретационный, совещательный и патерналистский), а также способность восприятия информации пациентом, определяет успешность всего процесса лечения.

Медицинский дискурс имеет ярко выраженную специфику оформления, существенно отличаясь от других типов институциональных дискурсов. Возможности понимания и интерпретации вы-

сказываний в пространстве медицинского дискурса имеют не только смысловые, но и этические ограничения. Обращаясь за помощью к врачу, пациент вынужден в деталях излагать жалобы, делиться самой сокровенной информацией, рассчитывая на взаимопонимание и профессиональную поддержку со стороны специалиста.

Ситуация общения «врач-пациент» налагает этические ограничения, дозированность и конфиденциальность информации, общий щадящий больного стиль общения с ним, предполагающий некоторое сокрытие медицинской информации от пациента. Важно подчеркнуть, что в процессе взаимодействия «врач-пациент» оба участника коммуникации вынуждены приспособливаться друг к другу: врач - в силу своей профессии (оказывать помощь нуждающемуся), а пациент - из-за возникших проблем со здоровьем.

Хорошим тоном для результативного общения с пациентом являются ряд коммуникативных средств, используемых врачом: обращение к пациенту по имени; доброжелательная улыбка; контактоустанавливающая направленность мимики и жестов; тактика утешения и ободрения пациента; терпеливое и внимательное выслушивание больного. Врач в общении с больным всегда выступает в роли коммуникативного лидера и координирует изложение своей информации и ее восприятие пациентом. Специалист должен предоставить пациенту всю значимую информацию о его здоровье, о шансах на выздоровление, о возможных рисках в ходе лечения, о выборе предполагаемых вариантов лечения.

Эффективным для хода лечения является уважительное отношение к больному как к личности, что вызывает со стороны пациента гамму ответных положительных эмоций и тем самым устанавливается общий позитивный настрой на предстоящее лечение.

Основой взаимоотношений между врачом и пациентом остается слово. «Лечить надо словом, травами и ножом», - считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять настроение больного, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить больного, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д.

Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т.д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с больным, его родственниками, коллегами. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией - способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять больного и его близких, уметь слушать «душу» больного, успокоить и убедить. Это своего рода искусство, причем нелегкое. В разговоре с больным недопустимы равнодушие, пассивность, вялость. Больной должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом.

Медик должен владеть культурой речи. Чтобы хорошо говорить, надо прежде всего правильно думать. Врач или медсестра, которые «спотыкаются» на каждом слове, употребляют жаргонные слова и выражения, вызывают недоверие и неприязнь. Медицинский работник должен уметь: рассказать больному о болезни и ее лечении; успокоить и ободрить больного, даже находящегося в самом тяжелом положении; использовать слово как важный фактор психотерапии; употреблять слово так, чтобы оно явилось свидетельством общей и медицинской культуры; убедить больного в необходимости того или иного лечения; терпеливо молчать, когда этого требуют интересы больного; не лишать больного надежды на выздоровление; владеть собой во всех ситуациях.

В общении с больным не следует забывать о следующих коммуникативных приемах: всегда внимательно выслушивать пациента; задав вопрос, обязательно дожидаться ответа; излагать свои мысли просто, ясно, доходчиво, не злоупотреблять научными терминами; уважать собеседника, не допускать презрительных мимики и жестов; не перебивать пациента; поощрять стремление задавать вопросы, отвечая на них, демонстрировать заинтересованность в мнении пациента; сохранять хладнокровие, быть терпеливым и терпимым.

Выработанный стиль врача, понимающего важность как вербальной, так и невербальной составляющей профессионального диалога с больным, способствует получению более точного и глубокого представления о личности пациента, о его проблемах, связанных со здоровьем. Речевое мастерство врача совершенствуется в

процессе коммуникации с различными больными. Задача врача - оказать профессиональную помощь пациенту, грамотно помочь ему осознать сложившуюся ситуацию и нацелить его на необходимый курс лечения.

Коммуникация «врач - пациент» основывается на двух пересекающихся плоскостях профессионального общения. С одной стороны, это отношения взаимного доверия, возникающие между страдающим человеком и сострадательным доктором, с другой стороны, это отношения в плоскости оказания необходимых медицинских услуг (медицинский специалист - пациент / клиент).

Самыми частыми и изучаемыми речевыми тактиками профессионально взаимодействия врача с пациентом являются тактика инструктажа, например, «Вам следует...», «Вам необходимо...», «Вы должны...», «Не следует откладывать...», «Сделайте это безотлагательно...», «Советую не откладывать с лечением» и т.д.

Медицинская коммуникация требует от врача соблюдения баланса между сообщаемой им информацией и восприятием, и пониманием ее больным. Цель врачебного высказывания, содержательная сторона разговора с больным, выбор способа подачи информации, отношение врача к пациенту должны соответствовать намерениям и ожиданиям обеих сторон. Только в этом случае коммуникация будет эффективной и результативной.

Таким образом, врач - это социально-значимая, востребованная и лингвоактивная профессия, требующая от специалиста постоянного роста профессиональных знаний и большой ответственности.

Сфера медицины всегда тесно переплеталась с повседневной жизнью людей, и от качества общения между врачом и пациентом зависит успешность лечения. Во многом это объясняется тем, что в ходе многочисленных наблюдений было установлено, что правильно поставленный диагноз и выписанные лекарства не единственное ключевое условие для выздоровления, так как именно за пациентом остается право выбора терапии или даже полного отказа от нее в силу различных причин. Основным определяющим фактором стал признаваться уровень доверия между врачом и пациентом, который в большинстве случаев отвечает за потенциальную успешность лечения. Со временем пришло осознание того, что для понимания механизмов медицинской консультации важно учитывать не только ее психологические особенности, но и лингвистическую составляющую.

щую. Ведь в значительной степени установление доверия зависит от подбора оптимальных языковых средств в общении, использования различных приемов с целью налаживания общения, для передачи той или иной важной информации, для воздействия собеседников друг на друга для того, чтобы они могли сделать соответствующие выводы и прийти к необходимому решению. Представляется, что чисто лингвистический анализ коммуникации «врач — пациент» потенциально может дать разностороннюю информацию об этой разновидности языка медицины.

Однако современный пациент не довольствуется традиционно пассивной ролью, а проявляет стремление к активной коммуникации, желая быть услышанным и понятым врачом. В этой связи врачу принципиально важно владеть навыками правильного построения беседы с пациентом, нацеленной на разрешение лечебной ситуации, не ущемляя при этом надежд и ожиданий пациента.

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

**Магомедова З.М., Магомедова Х.А.,
Магомедова М.М., Нурова М.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Отношения между врачом и пациентом представляют собой некий фундамент медицины, на базе которого строится процесс лечения. Самым главным показателем врачебного профессионализма является способность врача наладить психологический контакт с пациентом. Пациент на подсознательном уровне чувствует отношение врача к себе. «Теоретические основы в области взаимоотношений между врачом и больным разработал З. Фрейд в своей концепции «трансфера» («переноса»). По этой концепции врач подсознательно 'напоминает больному какую-нибудь эмоционально значительную личность из его детства, например, отца. В зависимости от того, какие впечатления и отношения когда-то преобладали при

контакте больного с отцом, в актуальном отношении к врачу тенденция или отрицательная (враждебная), или положительная (чувство любви, доверия)» [1, с. 248].

Важно завоевать доверие пациента. Именно доверие способствует выполнению пациентом предписанных рекомендаций врача и осуществлению регулярного приема лекарственных препаратов. Эффективность лечения во многом зависит от того, как сложатся отношения между врачом и пациентом. Только врач может настроить больного на положительный исход, помочь поверить в свои силы и возможности.

Квалификация, опыт и искусство врача, общая атмосфера медицинского учреждения, поведение медицинского персонала, начиная с регистратуры – выступают предпосылками формирования положительных отношений и доверия между врачом и пациентом. Различия позиций, точек зрения врача и пациента чаще всего затрудняют эффективность процесса лечения.

Как отмечают Р. Конечный и М. Боухал, «врач склонен искать, прежде всего, объективные признаки заболевания. Он старается ограничить анамнез до определения предпосылок для дальнейшего соматического исследования. Для больного же в центре внимания и интересов всегда стоит его субъективное, личное переживание болезни. Врач должен рассмотреть эти субъективные переживания как реальные факторы, уловить переживания больного, понять и оценить их, искать их причины, поддержать их положительные стороны и использовать их для содействия больному при обследовании и лечении. Различия между точкой зрения врача и больного закономерны и предопределены их различной позицией в данной ситуации, различными ролями. Однако врач обязан следить за тем, чтобы эти различия не перешли в более глубокие и стойкие противоречия, которые ставили бы под угрозу взаимоотношения медицинского персонала и больных и тем самым затрудняли бы оказание помощи больному» [1, с. 188-189]. Понять важность этих переживаний первоочередная задача для врача.

Исходя из вышеприведенного, можно выделить основные проблемы взаимоотношений врача и пациента:

- Трудности в установлении психологического контакта врача с пациентом.
- Обесценивание врачом субъективных переживаний пациента.

Проблема взаимоотношений врач - пациент является значимой в условиях современной реальности, так как в конфликтной ситуации ответственным за произошедшее в основном оказывается врач, который не нашел индивидуальный "подход" к данному пациенту. Утрата психологического контакта между врачами и пациентами – самое главное отрицательное следствие современного развития медицины. Как же возможно наладить контакт с пациентом? От чего будет зависеть выбор модели поведения в каждом определенном случае?

Широкую известность приобрела концепция американского специалиста по биоэтике Роберта Витча, разработанная им в 70-е гг. XX в. Витч Р. выделил следующие модели поведения взаимоотношений врач-пациент:

1. патерналистская;
2. инженерная;
3. коллегиальная;
4. контрактная (договорная).

Основной смысл **патерналистской модели** поведения заключается в том, что врач полностью решает за пациента. Отношения врача и пациента больше напоминают родительско-детские, где «родителем» является врач. Врач, как и родитель «лучше знает, что надо пациенту (ребенку) знать, понимать, делать, выбрать». Есть предписания и их надо выполнять, обсуждать тут нечего». Пациенту сообщается только та информация, которая, по мнению врача необходима. Данной модели присуще использование уменьшительно-ласкательной лексики: «снимочки, короночки, укольчик».

Следует отметить, что не только для врачей, но и для некоторых пациентов – это наиболее предпочтительная модель – «сделайте за меня», «решите за меня», «а вы мне не сказали», «не предупредили» (даже, если сказали и предупредили).

В данном случае нужно уважать выбор пациентов и, тем не менее, стараться вовлекать пациентов в принятие решений, относительно лечения или хотя бы понимания происходящего, какие этапы лечения будут, на каком этапе вы сейчас, необходимость профилактических осмотров. И выполнения рекомендаций. Иначе, пациент, не будет осознавать свою ответственность за свое здоровье в процессе лечения, а вот жалоб и возмущений может быть много.

Наряду с этим, эта модель может быть успешной при работе с детьми и пожилыми людьми, но не значит, что будет эффективна при

разговоре с их родственниками. А вот пациенты современного поколения, скорее найдут другого специалиста, так как хотят более партнерских отношений с врачом, большего понимания происходящего.

В инженерной модели поведения врач выступает в роли ученого, эксперта по данной научно-практической проблеме; он должен опираться только на факты и применять беспристрастный, объективный подход. Значение имеют только диагностические данные, как «совокупность объективных признаков», болезнь, а не человек с его переживаниями, ожиданиями и ценностями.

Таким образом, если пациент не имеет необходимых научных знаний, и медицинский институт он не заканчивал, то и рассказывать, пояснять о этапах лечения, вкладывать душу в установление контакта, а уж тем более вовлекать в решение о выборе плана лечения, нет никакого значения, потому как «кто здесь врач?».

Пример: «вы делаете исследование, затем с ним ко мне», «вот ваши назначения, потом ко мне через неделю», «посмотрела ваши снимки, готовьтесь к операции».

Данная модель может быть полезной, когда речь идет о помощи в экстренных ситуациях, когда нет времени говорить и объяснять, точнее все объяснения будут после. В альтернативной ситуации – это модель высокого риска в плане возникновения конфликтов.

В коллегиальной модели поведения врач и пациент выступают как коллеги или соратники, вместе преследующие общую цель. Их отношения основываются на равенстве сторон, взаимном доверии и конфиденциальности, т.е. наблюдается полная гармония отношений, наиболее способствующая лечебному процессу. В данной модели поведения, если пациент придет уже с какой-то информацией, пусть даже полученной в интернете относительно своего заболевания, то врач с уважением отнесется к этому, не испытывая раздражение: «Зачем тогда пришел ко мне, так бы и лечился бы по интернету», врач будет объяснять, рассказывать, развешивать мифы. В любом случае, важно, чтобы это был диалог.

В большинстве случаев пациент читает, «готовится» к приему, не для того, чтобы досаждать врачу, а потому что ему тревожно, страшно. Предпочтительнее будет дать пациенту информацию доступную для него, убедиться, что он понимает назначения врача и рекомендации, и соответственно, его тревожность уменьшится.

Например: «Скажите, пожалуйста, какие у вас есть ожидания от лечения?», «Есть несколько вариантов лечения, давайте обсудим их с вами», «Сможете ли вы принимать таблетки 3 раза в день?», «О чем из перечисленного вам рассказать подробнее?»

В контрактной модели поведения взаимодействия врача и пациента осуществляются на принципах общественного договора. Пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Каждая сторона в таком договоре несёт свои обязательства, и каждая достигает своей выгоды. Хотя интересы обеих сторон могут не совпадать, все же следование базисным правилам позволяет каждой из сторон достичь свои цели и соблюсти интересы в некоторой разумной и реальной степени. Если участники понимают, что не стоит дальше продолжать их взаимодействие (из-за расхождения во взглядах, затруднения взаимопонимания, недовольства и т.д.), то они могут прекратить контракт вполне допустимым путем.

Рассмотренные модели взаимоотношения врач-пациент являются идеальными конструкциями. Реальный выбор того или иного типа отношений определяется особенностями личности врача, конкретной ситуацией состояния больного, характером медицинской помощи.

Особую роль в создании взаимопонимания и положительных отношений между врачом и пациентом играет первое впечатление пациента о принимающем его или лечащем враче. Здесь важно все: его внешний вид, мимика, жестикуляция, тон голоса, тембр речи и т.д. Также при первом контакте с врачом у пациента может создаться впечатление, что врач понимает его и хочет ему помочь. В свою очередь, врачу следует учитывать, в каком психологическом состоянии пришел к нему на прием пациент. При этом напряженность, недовольство пациента, который, например, был вынужден добираться к врачу неудобным транспортом и который долго ждал своей очереди в приемной, не должны настраивать врача на враждебное отношение к пациенту, необходимо терпимо и тактично постараться установить контакт, расположить человека к себе, дать ему успокоиться и только затем начинать опрос.

Существенное значение в формировании позитивных взаимоотношений имеет уверенное поведение врача. При любых, самых неожиданных, опасных ситуациях, как бы ни был врач шокирован, напуган, подавлен допущенной ошибкой, он не должен показывать

своей растерянности пациенту. Уверенный стиль поведения помогает сформировать у последнего «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, его способность контролировать ситуацию и определять прогноз, что позволяет пациенту сохранять веру в благополучный исход событий. Уверенное поведение врача помогает обеспечить доверие пациента, вселить в него надежду, активизировать его защитные и компенсаторные механизмы.

Решение проблем во взаимоотношениях врача с пациентом зависит от врача, который должен учитывать индивидуальные особенности пациента, его состояние и переживания, соотносить свою деятельность с общечеловеческими моральными ценностями – добром, милосердием, заботой, сочувствием, справедливостью.

Список использованной литературы:

1. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1974.
2. Ушаков Е.В. Биоэтика. — Москва, 2019.
https://studme.org/97789/etika_i_estetika/model_vitcha#gads_btm
3. <https://medconfer.com/node/11656>
4. http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_4_9/nomer/nomer_11.php
5. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=824116>
6. <https://bewinner.biz/vrach-i-patsient-modeli-vzaimootnoshenij>
7. <https://mmdona.ru/2021/04/06042021/>
8. https://studopedia.ru/7_41362_moralnie-problemi-v-otnosheniyah-mezhdu-vrachom-i-patsientom.html

КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дибраев А.Д., Бегова М.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра гуманитарных дисциплин, г. Махачкала*

Аннотация. В настоящее время отмечается увеличение количества споров, вытекающих из оказания медицинских услуг, основ-

ными из которых являются споры, связанные с невыполнением договора на оказание медицинских услуг, оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества. Не всегда пациент является слабой и «пострадавшей» стороной. Часто конфликтная ситуация переходит из гражданско-правовой в уголовную область регулирования только потому, что стороны не смогли между собой договориться на начальном этапе формирования конфликта.

Актуальность работы в том, что любая профессия, связанная с постоянным общением с разными людьми, требует компетентного поведения в конфликтных ситуациях. Это могут быть конфликты с пациентами или их родственниками, со средним медицинским персоналом, с младшими коллегами или руководством. Иногда, выполняя свои профессиональные обязанности, врач может оказаться в роли арбитра в конфликте между пациентами и медперсоналом [7, с.48].

Конфликт – ситуация, в которой каждая из сторон стремится занять позицию, несовместимую и противоположную по отношению к интересам другой стороны.

Анализ состояния практической медицины свидетельствует о росте числа конфликтных ситуаций между медицинским учреждением и пациентом, между врачом и пациентом. Медицинский персонал лечебного учреждения находится в постоянном состоянии риска возникновения конфликтов, которые можно условно разделить на две группы: конфликты, произошедшие вследствие врачебных ошибок, и конфликты, возникающие из-за личностных особенностей врача и пациента.

К объективным причинам врачебных ошибок относят:

- непостоянство отдельных постулатов, в результате чего меняется диагностика заболевания и его лечение;
- несовершенство медицинской техники и применяемых технологий;
- недостаточно четкая организация работы лечебного учреждения.

Субъективные причины врачебных ошибок:

- отсутствие достаточного опыта врача;
- несовершенствование врачом своих знаний;
- ошибки, связанные с общением [3, с.78].

Эти *субъективные* причины врачебных ошибок, а также личностные особенности некоторых пациентов являются причинами конфликтов, в которых чисто медицинские действия врача второстепенны, не имеют решающего значения. Даже если доктор всё сделал правильно с точки зрения медицины, юридические и психологические ошибки во взаимодействии с пациентом могут привести к серьезным последствиям для врача и всего медицинского учреждения [1, с.232].

Чаще всего врачи в своей практике сталкиваются с межличностными конфликтами. Межличностный конфликт - конфликт между двумя, реже тремя или более личностями (где каждый - «сам за себя»). Межличностные конфликты бывают вертикальными, в которых субъекты конфликта стоят на различных ступеньках иерархической лестницы, следовательно, имеют различные права и полномочия, и горизонтальными - между равными по статусу оппонентами.

Внутриличностный конфликт возникает, когда перед человеком встает проблема выбора, который он не может сделать. Это борьба потребностей и социальных условий, желаний и ограничений, необходимости и возможностей, это спор между «хочу» и «нельзя», между «должен» и «не хочу». При потере трудоспособности вследствие травмы или тяжелого заболевания внутриличностный конфликт может выразиться в растущем несоответствии между потребностями и снизившимися возможностями. Если медсестре одновременно дают противоречивые поручения старшая медсестра, врач и заведующий отделением, это может вызвать эмоциональное напряжение. Каждый из нас сталкивается с дилеммами задержаться на работе, как того требует производственная необходимость, или спешить в институт, где требуется ваше присутствие? Устраиваться ли на работу, за которую много платят, но она не оставит времени на семью? Если «за» и «против» для вас равны и трудно сделать выбор, вы столкнулись с внутриличностным конфликтом. Неумение разрешать внутриличностные конфликты ведет к нарастанию эмоционального напряжения, агрессии. При развитии аутоагрессии человек «уходит» в болезнь, либо, направляя агрессивность вовне, разряжается на окружающих (тогда внутриличностный конфликт перерастает в межличностный).

Если *межличностный конфликт* не разрешается тем или иным путем, его участники обращаются за поддержкой, вербуют себе

сторонников, и конфликт перерастает в межгрупповой или в конфликт между личностью и группой.

Конфликт между *личностью и группой* как следствие межличностного конфликта возникает, когда один из участников нашел поддержку своей позиции: это может быть конфликт между пациентом и медперсоналом или врачом и родственниками пациента и т.д. Этот вид конфликта может возникнуть и тогда, когда личность не принимает групповые ценности, не придерживается норм поведения, принятых в группе, учреждении, не удовлетворяет социальным ожиданиям группы, то есть приходит «со своим уставом в чужой монастырь». Примерами могут служить молодой врач, совершающий одну из типичных ошибок при устройстве на новую работу, когда новый сотрудник переносит свои прежние стереотипы в новые условия: «А нас так учили!», «Ваши методы устарели!», или пациент, который настаивает на изменении порядков, заведенных в больнице или поликлинике. При этом, к сожалению, конфликт возникает независимо от того, прав или нет «реформатор».

Причиной конфликта между личностью и группой может быть также конфликт между руководителем и подчиненными, когда первый занимает авторитарную позицию, не считаясь с мнениями, желаниями, потребностями работников. Обычно сначала такой конфликт протекает в скрытой форме, прорываясь отдельными, локальными вспышками. Если руководство не заметит и не предпримет мер по прояснению и решению данной ситуации, конфликт может привести к катастрофическим последствиям.

Встречаются в медицинских учреждениях и межгрупповые конфликты. Это религиозные и национальные конфликты, а также конфликты между научными школами или сотрудниками различных отделений в больнице. Межгрупповой конфликт возникает между группами и между микрогруппами внутри одного коллектива, например, между различными формальными группами, между формальной и неформальной, между неформальными группами [8, с.286]. Так, дневная смена медицинского персонала может обвинить ночную смену в том, что та плохо ухаживает за больными, или похожие претензии предъявляют друг другу небольшие группы внутри одного коллектива.

К особым случаям межгруппового конфликта относятся конфликты между двумя участниками, в которых претензии предъяв-

ляют не конкретному пациенту или врачу, а в его лице целой социальной или профессиональной группе («Вы, врачи, только денег хотите, а лечить не умеете», «В вашей больнице никогда порядка нет», «Вы, пациенты, сами за здоровьем не следите, а потом от врачей чуда требуете».) Сложность разрешения такого конфликта состоит в том, что один человек не в состоянии ответить за весь коллектив, а чтобы из обобщенных претензий вычленил конкретную проблему, требуется время, хорошие коммуникативные навыки и стрессоустойчивость.

Причины конфликтных ситуаций в медицинской практике могут быть самыми разнообразными. При конфликте ценностей разногласия касаются ценностно-смысловых аспектов взаимодействия. Например, его участники могут по-разному понимать смысл и цели совместной деятельности. Например, для врача здоровье пациента является ценным и значимым, а пациента в данный момент больше волнует его работоспособность, то есть необходимость находиться на работе, выполнять профессиональные функции во вред собственному здоровью, и он ищет симптоматического лечения. Или для одного сотрудника больницы профессия врача - настоящее призвание, поэтому он увлеченно работает, постоянно совершенствует свое мастерство, стремится как можно более квалифицированно подойти к лечению пациентов, а другой врач не заинтересован в самореализации, поэтому неинициативен, хотя выполняет положенный объем работы. Противоречия здесь затрагивают не нормы поведения, а ценностно-смысловые аспекты бытия. Это совсем не означает, что разные ценностные установки неизбежно приводят к конфликтам. Люди могут успешно взаимодействовать и иметь хорошие взаимоотношения, несмотря на различие своих ценностных представлений. Конфликт возникает тогда, когда кто-либо начинает вторгаться в сферу ценностей другого лица, не признавая свободу личностного выбора. Обычно конфликты ценностей между врачом и пациентом решаются соблюдением биоэтических принципов.

При конфликте интересов возможны два варианта. Если интересы совпадают, а участники претендуют на какие-то ограниченные материальные факторы (место, время, помещение, денежное вознаграждение), то такой конфликт можно назвать ресурсным. Каждая сторона заинтересована в получении нужного ей ресурса (финансирования, нового оборудования) или более выгодной (по количеству

или качеству) части ресурса. Они стремятся к одному и тому же, у них одинаковые цели, но в силу ограниченности ресурсов их интересы противоречат друг другу. К этому виду конфликтов относятся все ситуации, затрагивающие проблемы распределения или возникающие на почве соперничества за обладание чем-либо.

Другой вариант возникает, когда у коллег имеются интересы, противоречащие друг другу. В силу взаимодействия людей в данной ситуации они вольно или невольно становятся помехой друг другу в реализации своих интересов. (Например, часть коллектива клиники согласна повышать свою квалификацию в нерабочее время, а некоторые врачи не желают жертвовать семейными и личными интересами.) Несовпадение интересов врача и пациента представляется невозможным, так как и тот и другой должны быть заинтересованы в выздоровлении пациента или облегчении его страданий, но это, к сожалению, идеальный вариант.

Участники взаимодействия могут разделять общие ценности и общие цели (интересы), но иметь разные представления о способах их достижения. Конфликт средств достижения цели возникает, когда пациент, например, согласен с диагнозом, готов лечиться, но не согласен с планом лечения, разработанным врачом. Если сосредоточиться на том, в чем есть согласие, решить конфликт средств достижения цели намного легче. Иногда люди мирно сосуществуют, имея даже различные ценностные установки, но если способы реализации целей, избранные одним из них, наносят ущерб общему взаимодействию или кому-то из его участников, возникают проблемы. Можно спокойно относиться к тому, что кто-то рядом с вами выполняет свои обязанности не так, как это делаете вы, но когда он пытается часть своей работы переложить на вас, возникает конфликтная ситуация.

Конфликты несоответствия, связанные с потенциалами участников взаимодействия и их соответствием, предъявляемым к ним требованиям, могут принимать различные формы. Это возможно, когда кто-либо в силу некомпетентности или, например, физической неспособности не может вносить необходимый вклад в общее дело. Ситуации такого типа хорошо известны: один или несколько сотрудников, не справляясь со своими обязанностями, допускают ошибки, чем затрудняют работу всего коллектива. Другая разновидность этих конфликтных ситуаций связана со значительным раз-

рывом в интеллектуальном, физическом или других потенциалах разных участников взаимодействия. Ситуации подобного типа возникают в силу того, что общий результат деятельности складывается из суммы индивидуальных усилий, и «слабое звено» либо ухудшает общий результат, имидж клиники, либо даже становится помехой в каких-то действиях.

Возможны конфликты правил взаимодействия, связанные с любым нарушением принятых норм или установленных правил кем-либо из участников, если это нарушение наносит урон нормальному взаимодействию или отношениям людей. Сюда относятся ситуации разногласий из-за невыполнения людьми обязательств перед другими, нарушения общепринятого этикета или норм, принятых в данной группе, превышения кем-либо своих прав.

Подобные конфликты могут возникать и от стремления кого-то из участников взаимодействия к пересмотру правил и норм или перераспределению власти, или обязанностей: увеличению прав одних и уменьшению прав других, изменению правил в действующей системе и т.п.

Субординация, дисциплина и хорошие, доброжелательные взаимоотношения между сотрудниками - основа успешной работы медицинского коллектива. При этих условиях обеспечивается, как говорят, здоровый психологический или социально-психологический климат, выражающийся в устойчивых формах отношений людей друг к другу и к общему делу [6, с.112].

Список использованной литературы

1. Гришина Н.В. "Психология конфликта", С-П. 2008, с 523
2. Гришина Н.В. Если возникает конфликт // Психология в управлении / ред. И.П. Волков, Е.С. Кузьмин, А.М. Зимичев. СПб.: Лениздат, 1983
3. Гуров А.Н., Жукова М.И., Смбатян С.М. Эффективное руководство и стили руководства медицинской организацией: уч. пособие. М., 2016
4. Медицинская газета № 1 (7031) 13 января 2010
5. Морозов А.В. Деловая психология. Курс лекций: учебник для вузов. СПб.: Союз,
6. Петровская Л.А. "О понятийной схеме социально-психологического анализа конфликта", М.1987, с 130

7. Стародубов В.И. Управление персоналом организации: учебник для вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006

8. Шаленко, В.Н., "Конфликты в трудовых коллективах" - М: изд-во МГУ, 2002. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=534708>

**КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.
ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ НА
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА.**

Магомедова З.М., Магомедов Г.Т., Муртузова Ж.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Конфликт - это столкновение противоположных позиций, мнений, оценок и идей, которые люди пытаются разрешить с помощью убеждения или действия на фоне проявления эмоций. Стоит обратить свое внимание на то, что конфликты возникают и в сфере здравоохранения. К сожалению, в медицинской практике конфликт между больным и врачом - не редкий случай: профессия, где происходит постоянная и непрерывная работа с людьми, очень часто сопровождается рисками появления спорных ситуаций. Умение не допускать развитие конфликта является большим плюсом для профессионалов, но даже самый компетентный и уравновешенный врач не застрахован от возникновения конфликтной ситуации.

Получить ответ на вопрос, что такое медицинский конфликт? Чем он отличается от конфликтов в других сферах деятельности? Какие есть способы разрешения конфликтов в медицинской практике?

Медицинский конфликт - это прежде всего конфликт врача и пациента, когда присутствуют разногласия по определенным причинам. Актуальность данной проблемы обусловлена тем, что конфликты возникают во всех сферах деятельности, в том числе и в здравоохранении. Конфликты в медицине могут быть субъективные, объективные и нереалистичные. Объективные конфликты в основном связаны с некачественным выполнением своих обязанностей, обещанием врачом полного излечения, а в результате полная

утрата трудоспособности больного, несвоевременное выполнение медицинских процедур, отказ в госпитализации.

Субъективные конфликты связаны с несовпадением ожиданий пациента с реальностью. Этому может послужить грубость медицинского персонала, неправильное проведение медицинских процедур, антисанитария и шум в палатах. Естественно, что пациенты ожидают от лечебных учреждений и врачей выполнения своих обязанностей в полной мере и любое несоответствие может вызвать у больного конфликт с его лечащим врачом. Нереалистичные конфликты обусловлены предвзятым отношением пациента к лечебному учреждению или врачу в частности. Допустим, у пациента длительное время накапливаются обиды и любые другие отрицательные эмоции в отношении врача, связанные с его непрофессиональным выполнением своих должностных обязанностей. В результате возникает межличностный конфликт между врачом и пациентом. Затем происходит вмешательство родственников в спор, вследствие чего возникает межгрупповой конфликт. Кроме того, на уровень конфликтности оказывает стаж работы и достижения медицинского работника. У людей пенсионного возраста чаще всего бывает недоверие к молодым работникам медицинского персонала и студентам. А ведь ни один врач на планете не стал бы опытным и квалифицированным специалистом без практики. Поэтому в современном мире стоит проявлять доверие со стороны пациентов и обеспечивать поддержку со стороны старшего медицинского персонала. В сфере здравоохранения выделяют следующие способы разрешения конфликтов: досудебный и судебный. Досудебный обозначает устранение конфликта на первичной ступени его возникновения между врачом и пациентом, посредством общения. Чаще всего это происходит внутри ЛПУ и не выходит за пределы медицинского учреждения. Судебный вид разрешения конфликта выходит за пределы ЛПУ и решается органами государственной власти.

Компания «Медицинские информационные решения» представила исследования, посвященные конфликтам в сфере здравоохранения. Было опрошено около 4000 медицинских работников. В результате исследования было выяснено, что конфликты между врачом и пациентом не столь редки. Всего лишь 15%, опрошенных специалистов никогда не подвергались нападению со стороны пациента и их родственников. Около 60% врачей выслушивали

оскорбления в свою сторону. Однако 20% врачей признавались, что подвергались нападению со стороны родственников пациента. И лишь малая часть врачей (5%) никогда не конфликтовали и не подвергались нападению со стороны пациента или их родственников. Поэтому из всего вышесказанного, стоит предпринимать методы предосторожности, во избежание конфликтных ситуаций и споров в сфере здравоохранения.

Помимо досудебного и судебного метода разрешения конфликта, есть некоторые правила, которые помогут в дальнейшем не допускать развития конфликта:

- 1) важно соблюдать спокойствие при возникновении спора, чтобы конфликт не разгорелся еще больше;
- 2) тяжелобольным пациентам нужно оказывать больше внимания и объяснять ход лечения и процедур;
- 3) заранее согласовывать с пациентом план его лечения;
- 4) ни в коем случае не обманывать пациента, чтобы не ввести его в заблуждение;
- 5) и что самое главное постоянное общение, которое помогает, как и в установлении доверительных отношений, так и в нормальном протекании хода лечения;

В заключение хочется сказать, что важно создание и укрепление таких условий жизнедеятельности, при которых исключается любая возможность возникновения конфликтной ситуации. Известный американский психолог Ч. Диксон говорил: «Если в вашей жизни нет конфликтов, проверьте, есть ли у вас пульс».

Список использованной литература:

- 1)<https://takiedela.ru/news/2021/01/27/bezkonfliktnye/?ysclid=laei40mwxq151348978>
- 2)https://medpodgotovka.ru/blog/about_konflikt?ysclid=lafbv6q4h7609498864
- 3)<https://kronkolit.pro/rasprostranennyye-prichiny-konfliktov-mezhdu-vrachom-i-patsiyentom/?ysclid=lafbyenb68150960694>

МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Раджабова З.К., Шихалиева У.К.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра философии и истории, г. Махачкала*

Морально-этические нормы во взаимоотношениях врача и пациента являются важной составляющей частью межличностной коммуникации.

На протяжении всей истории медицины основой отношений между врачом и пациентом было и остается доверие.

Давно известно, что врачи могут воздействовать на многие болезни без всяких лекарств. Авторитетное слово врача может оказывать влияние на самочувствие пациента: уверенность врача передается пациенту. Как когда-то сказал Сократ «Нельзя врачевать тело, не врачую душу».

Под влиянием передовых философских идей ведущие врачи Древней Греции искали новые подходы к болезни и ее лечению способствовали расширению и углублению медицинских знаний. Они рассматривали следующие вопросы: материальные причины заболеваний, их связь с внешней средой, болезнь как изменяющийся процесс, за которым необходим контроль.

В древнегреческом обществе отказались от магических и религиозных подходов к медицине, так же был сделан шаг в развитии демократических отношений между врачом и пациентом, главной идеей которых было сотрудничество, что свидетельствует о зарождении коллегиальной модели. В меньшей мере сохранялся патерналистский тип, явно выраженный в клятве Гиппократов, которая являлась сводом морально-этических норм. Она обеспечила более высокую степень гуманизма, поставив интересы пациента выше собственных интересов врача.

В настоящее время продолжается активный поиск приемлемой модели отечественной системы здравоохранения, выбор которой был бы более рационален на сегодняшний день.

Охрана здоровья граждан в Российской Федерации, правовое регулирование отношений медицинского работника и пациента, их права, обязанности установлены целой системой взаимосвязанных нормативно правовых актов. К ним относится Конституция Российской Федерации, Гражданский и Трудовой Кодексы Российской Федерации, Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации».

Какими бы ни были изыски современной медицины, ее технические возможности, человек всегда будет ждать и верить врачу, который сумеет выслушать, одобрить, проявить сострадание.

Взаимоотношения врача и больного имеют двусторонний характер, поэтому наши усилия должны быть направлены не только на оптимизацию качеств врача, но и на повышение культуры пациента, понимание им сложностей и пределов возможностей медицины. Недаром известный американский клиницист Б. Лаун в своей книге одну из глав назвал «Искусство быть пациентом». Он утверждает, что, «пациент должен обладать искусством общения с врачом. Если он хочет, чтобы его вылечили, ему необходимо уметь заставить врача не только лечить, но и исцелять» [1].

Исключительное значение имеет благоприятное воздействие врача на духовный мир пациента. Особое искусство – из арсенала знаний выбрать нужное для данного больного. Совершенствование врача достигается, помимо прочего, постоянным анализом собственных ошибок [2].

Психологическим аспектом является внушенная врачом надежда на исцеление, а связанное с этим ожидание может положительно сказаться на образе врача глазами пациента [3].

В прошлом роль врача нередко сводилась к простому наблюдению за естественным течением болезни. Стиль взаимоотношений до недавних пор заключался в том, что пациент доверял врачу право принимать решения.

Врач же «исключительно в интересах больного» поступал так, как считал нужным. Казалось, такой подход повышает эффективность лечения: пациент избавлен от сомнений и неуверенности, а врач полностью берет на себя заботу о нем. Врач не делился с больным своими сомнениями, скрывал от него неприятную правду.

Одно из важнейших условий для установления взаимопонимания между врачом и пациентом – ощущение **поддержки**. Если

больной осознает, что врач намерен помогать, а не заставлять, то он, вероятно, активнее будет участвовать в лечебном процессе. Когда врач проявляет **понимание**, человек уверен, что его жалобы услышаны, зафиксированы в сознании врача, и тот их обдумывает. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: «Я Вас слышу и понимаю» – или выражает это взглядом или кивком головы. Уважение подразумевает признание ценности человека как личности. **Сочувствие** – ключ к установлению сотрудничества с пациентом. Нужно суметь поставить себя на место больного и взглянуть на мир его глазами. Важно понимать и учитывать внутреннюю картину заболевания – все то, что испытывает и переживает пациент, не только его местные ощущения, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах [4].

Строгих правил общения с пациентом нет, хотя во всем мире врачи пользуются общими принципами деонтологии. Состояние душевного комфорта пациента – вот главный критерий деонтологии, тест на ее эффективность. Клятва, которая лишь условно называется гиппократовой, уходит корнями в очень далекое прошлое.

Одним из наиболее важных в деятельности врача является запрещение действий, способных нанести вред больному, или принцип «не навреди». Любой врач, наверное, согласится с утверждением Е. Ламберта, что «есть больные, которым нельзя помочь, но нет таких, которым нельзя навредить». При, казалось бы, развитой медицине, порой лечение проходит тяжелее, чем сама болезнь из-за халатного подхода и отношения врача.

Искусство беседы с больным, умение вести с пациентом диалог требует не только желаний врача, но и, в определенной степени, таланта. Врач должен уметь не только слушать, но и слышать пациента.

Пациенту надо давать положительную информацию, настраивающую на перспективу пусть даже минимального улучшения [5].

Врач, сообщая больному правду, должен внушить ему и надежду. Однако, только взвесив все «за» и «против», человек сможет согласиться или отказаться от предложенного лечения. Пациент имеет право знать, какие симптомы должны исчезнуть полностью, какие – частично, а какие останутся, и с их существованием необходимо будет смириться. Спокойные, вдумчивые, сочувственные слова врача, даже если тот сообщает о вероятностных и негарантированных

результатах, могут обнадежить больного. Здесь уместно цитировать Б. Сейгела: «Никогда нельзя говорить, что вы больше ничего не можете сделать, даже если единственное оставшееся у вас средство – быть рядом и помогать больному надеяться и молиться».

Врачу следует узнать причины подсознательной тревоги пациента, помочь разобраться в них, переводя проблему на уровень сознания.

Следует дать пациенту конкретные инструкции о том, что делать, к чему стремиться, как себя вести.

Беседуя с пожилыми людьми, не напоминать им о возрасте. Разговор должен быть неспешным, вопросы следует задавать конкретные, требующие однозначного ответа, постараться избегать одних лишь устных советов [6].

В целом, врач должен владеть тонким психологическим чутьем, и здесь необходима постоянная работа сознания. Успех в лечении возможен при сочетании доверительных человеческих отношений и научных достижений. А для этого технически оснащенный врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

Список использованной литературы:

1. Лаун Б. Утерянное искусство врачевания / пер. с англ. М., 1998.
2. Уайт П.Д. Ключи к диагностике и лечению болезней сердца / пер. с англ. М., 1960.
3. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача – терапевта / под ред. акад. РАМН М., 2005.
4. Магазаник Н.А. Диагностика без анализов, лечение без лекарств. М., 2011.
5. Каштанова А.И. Эволюция модели отношений врач – пациент // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6. – С. 50–53.
6. Шурупова Р.В. Концепция формирования и реализации социальной роли врача-педагога в отечественной медицине: монография. Волгоград, 2011.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ: ДИСКУССИОННЫЕ АСПЕКТЫ

Багомедова Н.В., Ахмедова А.Р., Мусаева Ш.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней, г. Махачкала*

Для будущего врача важны знания, нет ненужных дисциплин и неважных. Независимо от выбора специальности, врач должен уметь и знать, как добиться уважения и доверия пациента, это залог успеха.

Взаимопонимание между врачом и пациентом влияет на эффективность лечения так же, как и верно поставленный диагноз, и оказываемая в полном объеме медицинская помощь. Профессия врача самая гуманная и самая почитаемая. Хороший врач помогает человеку не только методом лечения, но и словом. «В интересах больного» врач поступает так, как считает нужным.

Проблема взаимоотношений врач - пациент не теряет своей актуальности, в условиях современной действительности приобретает новое значение, с учетом значительного повышения общего и санитарно-гигиенического уровня культуры населения. Открытость и доступность информации, распространяемой в том числе нередко и псевдоспециалистом, обуславливает то, что в конфликтной ситуации виновным в большинстве случаев оказывается врач, который не нашел верный «подход» к данному больному. Необходимо помнить, что этика и деонтология основаны на принципах необходимости эффективного взаимодействия врача и пациента. Ведь даже когда диагноз и оказываемая помощь технически правильны, эффективность контакта будет преимущественно зависеть от личностных особенностей врача и его умения завоевать доверие больного, что очень важно для успешного излечения.

Согласно О.М. Лесняку (2003), существует пять моделей построения взаимоотношений врача и пациента.

1. Активно-пассивная основана на представлении, что врач лучше знает, что надо больному. Больной не может участвовать в принятии решений.

2. Покровительственная. Больному сообщается лишь та информация, которая, по мнению врача, необходима.

3. Информативная. Врач доносит до больного всю информацию, а больной сам выбирает.

4. Интерпретивная. Предполагается, что больной нуждается лишь в уточнении с помощью врача того, что с ним происходит. Решение будет принимать он сам.

5. Совецательная (договорная). Исходит из представления, что врач может активно влиять на формирование мнения больного и помочь ему принять правильное решение [1].

Модель взаимоотношений обуславливается отличительными чертами врача, состоянием пациента и характером медицинской помощи.

Взаимоотношения между врачом и пациентом при каждом новом обращении будут особыми и неповторимыми, каждая из моделей редко применяется в чистом виде. Но существуют основные правила этих взаимоотношений. Так, по нашему мнению, ни при каких обстоятельствах больной не должен управлять врачом, навязывать ему свои мысли и идеи, заставлять менять диагноз, лечение.

При выстраивании диалога с пациентом врачу, наряду с личностными особенностями, а нередко и в приоритете, необходимо учитывать состояние пациента. Так, в острый период болезни больные, как правило, пассивны в диалоге с врачом. При взаимоотношении с больными, имеющими хронические заболевания, врач должен придерживаться принципа равноправия, компетентности и организовывать группы взаимопомощи. Главная цель врача при работе с умирающими больными - предоставить обезболивание, заботу, моральную поддержку и достойную смерть [2].

Взаимоотношения врача и пациента необходимо основывать на следующих базовых принципах, провозглашаемых биоэтикой.

Принцип справедливости необходим в ситуации, когда наши действия и решения принимаются касательно людей разных наций (особенно в нашем многонациональном Дагестане), социальных групп, профессий. Данный принцип юридически закреплен ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан».

Принцип правдивости заключается в необходимости сообщать пациенту всю информацию, которой владеет врач, и доступно объяснить. Это является обязательным условием при получении согласия

на медицинское вмешательство. На данном этапе, при поступлении в стационар каждый пациент подписывает информированное согласие на осмотр врачом, а также - на получение тех или иных манипуляций, процедур и т.д. Данный принцип также регламентируется ФЗ РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан» в статье 22: «Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи».

Врач должен признать пациента, как равноправного партнера, не утаивать от него результаты обследования, диагноз, в частности диагноз онкологического заболевания. Важно, на доступном «языке» объяснить всю полученную информацию. Атмосфера лжи, в которой оказывается больной, негативно влияет на его самочувствие. Больной должен узнать, понять и принять правду, какой бы она ни была. В то же время, не следует отказывать больному в надежде, медицина не является точной наукой и предсказать течение всех процессов не является возможным. Поэтому всегда следует оставлять место вере и надежде! Это высший уровень мастерства общения с пациентом. Следует сообщать такой объем информации, который пациент будет способен понять и принять.

Пациент, в свою очередь, также должен соблюдать принцип правдивости, особенно это касается случаев заболевания ВИЧ, ИППП и другими заболеваниями, когда при сокрытии правды, возникает угроза распространения инфекционного заболевания в обществе.

Гарантия конфиденциальности провозглашается в ФЗ РФ №323 «Об основах охраны здоровья граждан». В статье 73 вышеупомянутого закона говорится, что медицинские работники обязаны соблюдать врачебную тайну. Врачебная тайна защищает социальные, экономические, психологические интересы пациента, способствует установлению доверительных отношений между ним и врачом [3].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о необходимости учета большого количества факторов и спектра особенностей в процессе построения взаимоотношений «врач-пациент». Наиболее сложным аспектом в профессии врача становится поиск

золотой середины в паттернах поведения – обязательность проявления искренней эмпатии и учета всех психоэмоциональных особенностей личности пациента в условиях необходимости принятия профессиональных решений с учетом состояния последнего.

В любой ситуации врачу необходимо основывать свои действия на исконном принципе, провозглашенном Гиппократом: «Primum non nocere», прежде всего – не навреди.

Список использованной литературы:

1. Редько А.Н., Зобенко А.В., Лебедева И.С. «Этика, право и менеджмент в стоматологии. Часть II. Учебно-методическое пособие для теоритической подготовки студентов», КубГМУ, 2019. С. 13;
2. Марш Генри «Не навреди», Эксмо, Москва, 2016;
3. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (посл. Редакция).

О ВАЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ УСИЛИЙ В СФЕРЕ ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Бурсикова Д.В.

*ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья
ИПО, г. Иваново*

Одной из главнейших ценностей человека было и остаётся здоровье. Специфичность данной ценности проявляется в незначительной мотивации индивидуума на сохранение высокого уровня здоровья с одной стороны, и, возрастающей в разы потребностью в восстановлении здоровья в случае его утраты, с другой стороны. Наиболее ёмко это нашло отражение в высказывании Сократа – «Здоровье – это не всё, но всё без здоровья – это ничто!».

При этом, в вопросах сохранения здоровья ведущая роль отводится самому человеку, даже несмотря на развитие профилактиче-

ской медицины и формирование «моды» на здоровый образ жизни на государственном уровне. Прекрасной иллюстрацией этого является содержание статьи 27 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [1], где первой обязанностью является забота граждан о сохранении своего здоровья. А вот в случаях утраты здоровья неизбежно возникает ключевая фигура врача, как первого контакта человека с целой системой здравоохранения со всеми её особенностями и возможностями, а положение гражданина меняется на зависимый от этой фигуры в частности и системы здравоохранения в целом статус пациента. Всё это неизбежно повышает общий уровень тревожности человека даже при всех остальных идеальных условиях его существования, а ощущение почти полной неопределенности своего будущего (начиная от вопросов экзистенциального характера «доктор, я жить буду?» до бытовых по примеру «кто кормить кота будет, если меня госпитализируют») и зависимости этого же будущего от профессиональных и человеческих качеств врача только усиливает напряжение в отношениях врач-пациент.

В советском здравоохранении для снятия этого напряжения использовался патерналистский подход, где фигура врача не подвергалась критике, осуждению и обсуждению, а принятые им решения подлежали неукоснительному выполнению со стороны пациента. Всё это сопровождалось поддерживаемым государством и обществом безусловным доверием к медицинским работникам и образом врача – героя, жертвующим своими силами, временем, а иногда, и здоровьем во благо пациента.

С развитием гуманистического подхода в здравоохранении данный подход стал меняться на партнерский подход, характеризующийся равноправным положением сторон и совместным принятием решения с той степенью участия пациента, которую он сам предпочитает. При этом, как очень наглядно проиллюстрировано А.Н.Бартко и Е.П. Михаловска-Карловой [2], любая из моделей взаимоотношений врач-пациент имеет свои плюсы и минусы и, что не менее важно, свои ограничения в применении.

Ситуация осложняется тем, что в современной отечественной медицине ни одна из возможных моделей взаимодействия не присутствует в более-менее чётком виде:

- от патерналистской модели остались ожидания общества жертвенности врача ради интересов пациента и полной ответственности за результат медицинской помощи,

- от контрактной – лозунг «потребитель всегда прав» и оскорбительное для многих медиков понятие «медицинская услуга» вместо «медицинской помощи»,

- от технической – широкое использование пациентами информации с просторов интернета, консультирование онлайн, а то и просто обсуждение на форумах с другими пациентами с целью проверки назначенного лечения, а со стороны врача – формализация отношений в ситуации непереносимой напряженности и страха быть уличенным как непрофессионал.

Возможно, как и любое явление, модель взаимоотношений врача-пациент рано или поздно приобретёт те черты, которые наиболее полно будут отражать интересы участников процесса оказания медицинской помощи. Суть заключается в том, что это может происходить стихийно, и тогда закономерны растущие претензии пациентов к медицинским работникам и организациям, неудовлетворенность работой и уход из профессии врачей, восприятие каждой из сторон с настороженностью и отсутствие даже попыток к сотрудничеству. Или этот процесс может носить регулируемый, максимально адекватный сложившейся ситуации характер.

В настоящий момент достаточно много работ посвящено вопросам регулирования отношений медицинских работников и пациента с различных точек зрения (психологических, юридических, управленческих), что опять-таки подтверждает высказанное выше предположение об эклектике моделей взаимодействия врач-пациент в отечественном здравоохранении. На наш взгляд такое искусственное разграничение решений по точкам приложения создаёт ещё больше сложностей в реализации наиболее эффективных стратегий взаимодействия. И только объединение усилий науки и практики, специалистов по медицинскому праву (в том числе, механизмы защиты чести, достоинства и деловой репутации), психологии (вплоть до техники кризисных переговоров), менеджменту (в том числе, менеджменту качества медицинской помощи), маркетингу (с обязательным использованием технологий повышения доверия) может создать эффективный механизм снятия напряженности и дать реальный инструмент достижения наиболее оптимального результата

при оказании медицинской помощи. Под последним можно понимать, как максимально возможное улучшение в состоянии здоровья пациента, так и удовлетворенность своим трудом медицинскими работниками.

Такое объединение разных подходов возможно также различными способами, начиная от локального внедрения на уровне конкретной медицинской организации наиболее эффективных стратегий взаимодействия врач-пациент, до создания общественных организаций, основной целью которых являлось бы снятие высокого уровня напряженности на более глобальном уровне во взаимоотношениях общество – система здравоохранения. Всё это имеет право на существование, однако в первом случае зависит исключительно от воли и фигуры руководителя, а во втором – дело пусть ближайшего, но всё-таки будущего, при том, что решать накопившиеся проблемы необходимо здесь и сейчас.

На наш взгляд есть эффективный и, главное, уже существующий ресурс, который имеет все необходимые предпосылки для решения обозначенных проблем - это актуализированное под потребности практического здравоохранения обучение медицинских работников на кафедрах последипломного образования в рамках специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье». Наш опыт преподавания показывает, насколько востребованным и концептуально важным для организаторов и практических врачей является такой интегрированный подход к решению проблемы эффективного взаимодействия пациента с врачом и медицинской организацией. Основной целью такого обучения является - дать универсальный инструмент снижения напряженности среди медицинского персонала, включающий в себя различные знания, умения и навыки, применимые в различных по степени напряженности ситуациях взаимодействия врач-пациент.

Почему при осознании важности позиций обеих сторон в построении конструктивного диалога между врачом и пациентом при оказании медицинской помощи, мы, в первую очередь, основные усилия по формированию эффективного взаимодействия направляем на медицинских работников? Дело в том, что как бы не были понятны и реальны претензии врачей любого уровня к недоверию и повышенной готовности к конфликтам со стороны пациентов и их родственников, завышенным ожиданиям обратившихся за медицин-

ской помощью, злоупотреблению правами и просто неуважительному отношению к медицинскому персоналу, всё-таки ведущее значение в построении эффективной модели взаимодействия принадлежит именно врачу. Задачами же существующей системы профессионального образования является интеграция усилий специалистов различных сфер деятельности при обучении медицинских работников эффективному со всех позиций взаимодействию с пациентом.

Список использованной литературы

1. Федеральный закон Российской Федерации № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в действующей редакции).
2. Бартко А.Н., Михаловска-Карлова Е.П. Биомедицинская этика: теория, принципы и проблемы. Ч. 2. Принципы и основные проблемы биомедицинской этики. М.: ММСИ, 1999. 275с.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В КОНТЕКСТЕ МЕДИКАЛИЗАЦИИ

Воронко Е.В., Спасюк Т.И., Филипович В.И.

*Учреждение образования «Гродненский государственный
медицинский университет»*

Кафедра психологии и педагогики, Республика Беларусь, г.Гродно

Поведение современного человека стало определяться его познаниями в сфере здоровьесберегающих практик организации жизни, что предполагает приобретение специализированных знаний. Процесс распространения медицинской информации в общественной жизни и в личной жизни каждого человека понимается нами как медиализация. Популяризация медицинских знаний имеет множество возможностей (многочисленные средства массовой информации, интернет, социальные сети) и, как и любое явление, имеет негативные и позитивные последствия: может усложнить общение врача с пациентами (пациент «учит» врача, как правильно его лечить) и может повышать открытость между врачом и пациентом [1].

Одной из ключевых задач подготовки кадров для системы здравоохранения Республики Беларусь является формирование социально-личностных и профессиональных компетенций, способствующих повышению качества и эффективности деятельности как врача, так и организаций здравоохранения. В условиях образовательного процесса, формирование таких компетенций может происходить на практических занятиях по дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине», преподаваемой на 6 курсе лечебного и педиатрического факультетов. Одной из задач изучения учебной дисциплины «Профессиональная коммуникация в медицине», является овладение основными методами планирования, оценки эффективности и реализации моделей коммуникации в здравоохранении и методами планирования коммуникативного взаимодействия, в том числе с использованием интернет-сайтов и социальных сетей.

Практическое занятие «Психологические факторы коммуникативной компетентности врача» этой учебной дисциплины представлено несколькими этапами. На первом этапе студенты знакомятся с образцами информации, размещённой на различных сайтах государственных и частных учреждений здравоохранения (например, <http://pkc.grsmu.by/novosti/akczii-i-skidki!25.html>). Задача студентов – проанализировать эту информацию с точки зрения врача и пациента: как организован коммуникативный процесс, какие можно выделить элементы и этапы процесса коммуникации, как закодирована информация, правильно ли выбран канал коммуникации, есть ли коммуникативные барьеры при восприятии информации, каким образом представлена медицинская информация. Для решения этой задачи студентам необходимо актуализировать знания по этой теме.

На втором этапе студенты делятся на группы. Задача каждой группы – проанализировать сайт государственного или частного учреждения здравоохранения (например, <http://gocb.by/ru>, <https://grodno.lode.by/>) по определённым критериям (позиционирование, продукт, сервис, меню сайта, точки контакта с клиентом, инструменты) и определить насыщенность сайтов специализированной медицинской информацией.

Позиционирование включает разнообразные аспекты того, как презентует себя учреждение здравоохранения (история учреждения, опыт работы, сотрудничество, территория обслуживания, отзывы, благодарности, награды). Позитивное позиционирование помогает

повысить доверие и лояльность к клинике, достичь выдающихся результатов и обеспечить высокую конкурентоспособность. Знание о продукте учреждения здравоохранения, описывающего его преимущества (материалы, используемые в работе, их качество и цена; бонусы, гарантии, акции), поможет пациенту определиться с возможностью получения качественной и профессиональной медицинской помощи. Особенности предлагаемого сервиса (быстрота, дополнительные услуги, стоянка, доставка, график) помогут определиться с временными затратами и комфортом при получении медицинской помощи. Меню сайта – способ быстрой навигации по материалам сайта (основные и дополнительные вкладки) – поможет сориентироваться на незнакомой странице и найти необходимую информацию. Наличие точек контакта с клиентом, предполагающих ознакомление с разнообразием возможностей связи с учреждением здравоохранения (оставить заявку, позвонить, обратный звонок, чат, социальные сети), поможет пациенту структурировать своё время. Использование инструментов, предлагаемых учреждением здравоохранения (калькулятор цены, 3D экскурсия по клинике), увеличивают вовлеченность клиента в процесс взаимодействия с сайтом и с учреждением здравоохранения.

Анализ сайта по заданным характеристикам позволяет студентам выделить преимущества и недостатки такого источника информации, особенности организации коммуникативного процесса с точки зрения модели коммуникации Г.Лассуэлла, организационные факторы повышения эффективности коммуникации, особенности включения медицинской информации в меню сайта.

На третьем этапе практического занятия студенты работают в группах. Задача группы – проанализировать блог врача (например, https://www.instagram.com/doctor_kurstak/) по критериям позиционирование, сервис, меню. Ведение профессионального блога врачом помогает систематизировать опыт, распространять знания о себе и своём деле, экономить время (не объяснять одно и то же много раз).

Позиционирование представляет собой наличие информации о враче как представителе системы здравоохранения (образование, опыт работы, варианты сотрудничества, контакты, графики, демонстрируемые преимущества, предлагаемые врачом-блогером) и эксперте в какой-то области медицины. Информация, предлагаемая пациенту в медийном пространстве, помогает детально ознакомиться с

врачом еще до записи к нему, выделяет среди множества других врачей этой же специальности, повышает стоимость и востребованность услуг, формирует репутацию среди профессионального сообщества и дает стимул к развитию профессиональных качеств. Сервис – вся информация, находящаяся в блоге (быстрый сервис, дополнительные услуги, медицинский контент), поможет пациенту определиться с вариантами решения проблемы. Меню блога с наличием способов быстрой навигации по основным темам, помогают подписчику искать информацию в блоге (интересные статьи, новости).

Анализ блога по заданным характеристикам позволяет студентам выделить преимущества и недостатки такого источника информации, выделить принципы эффективной коммуникации, которыми врач руководствуется в блоге, определить модель коммуникации здоровья (по М.Саксу), представленную в блоге, выделить базовые коммуникативные навыки, которыми пользуется врач в своём блоге, оценить доступность и чёткость информации.

Представленная модель организации практических занятий по учебной дисциплине «Профессиональная коммуникация в медицине» позволяет приобрести необходимые коммуникативные навыки и умения для работы с пациентами, актуализировать полученные знания, сформировать умения анализа современных источников медицинской информации, правильно популяризировать медицинские знания и актуализировать медицинскую информацию.

Список использованной литературы

1. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении / А.Т. Щастный [и др.]; под ред. А.Т. Щастного. – Витебск: ВГМУ, 2018. – 310 с.

ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Полудень Н.Л.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
Кафедра психологии и педагогики, Республика Беларусь, г. Гродно*

Коммуникативная компетентность врача — профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, коллегами. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с пациентом помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о заболевании. Умение общаться или коммуникативная компетентность обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. В отдельных случаях, психологические качества врача для пациента более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки [4].

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний: о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности, но и таких как, умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы [2, 3].

Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание психической жизни пациента и соответствующее реагирование на его поведение. Не зависимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

Таким образом, профессионально значимым качеством врача является коммуникативная толерантность (как один из аспектов коммуникативной компетентности) - терпимость, снисходительность. Наличие коммуникативной толерантности показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления. Пациент может вызывать разные чувства, нравиться или не нравиться, может быть приятен или неприятен врачу, но в любом случае психологическая подготовка последнего должна помочь справиться с ситуацией, предотвратить конфликт или возникновение неформальных отношений, когда вместо ролевой структуры «врач-больной» возникают отношения дружбы, психологической близости, зависимости, любви.

Коммуникативная компетентность в профессиональной деятельности врача означает умение не только психологически правильно строить отношения с пациентом, но и способность в процессе этих отношений оставаться в рамках профессиональной роли [4,10].

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач-больной», является эмпатия, способность к сочувствию, сопереживанию, своего рода психологическая «включенность» в мир переживаний пациента. Эмоциональное соучастие помогает врачу установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, о его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно-диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых пациентом субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случае симулятивного поведения [7,8,12].

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегий и тактик терапевтического воздействия, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнений, последствий фармакологического лечения. В связи с этим, важно наличие у врача такой характеристики, как тревожность, которая влияет на его прогностические

возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Эмоция тревоги, как правило, возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и трудно прогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - это обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности [5].

Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и своевременно принимать необходимые меры. Пациентом это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач-больной». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психически. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога врача «передается» пациенту, и дополнительно дезорганизует его.

До недавнего времени профессиональные, моральные и юридические обязанности медиков по отношению к больному, профессиональную ответственность врача перед обществом обсуждались лишь в контексте медицинской деонтологии. Врачебную деятельность определяли не службой, а общественным служением. Считалось, что врач должен руководствоваться в своих действиях не только официальными предписаниями, но и сложившимися личными и профессиональными этическими правилами [6].

Актуальная на сегодняшний день компетентностная модель подготовки специалиста предъявляет требования не только к этическим нормам врача, но и к наличию у него компетенции, в том числе и в области коммуникации. В соответствии с психоаналитической теорией личности ситуацию взаимодействия врача и пациента

невозможно представить себе без «переноса» и «контрпереноса», т.е. происходит глубокая передача информации о личностных особенностях взаимодействующих.

В связи с этим можно выделить две существенные проблемы, возникающие при работе врача: проблема осознания собственных личностных особенностей, мотивации врачебной деятельности и проблема осознания врачом моментов соединения с особенностями пациента и проекция их на собственную личность. Видимо, недостаточно говорить лишь об этических моментах лечебного процесса. Врач, который вступает на путь такого глубокого взаимодействия, должен не только четко осознавать бессознательные мотивы своей деятельности, свои личностные особенности, но и помнить о необходимости соблюдения правил личной психогигиены. При несоблюдении этих правил, при отсутствии супервизорской помощи, врач неминуемо приходит к чувству очерствения, заостренности, отгороженности, хотя профессия требует от него самоотдачи [13].

Механизм трансфера (*перенос*) заключается в актуализации у пациента прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений со значимыми людьми и в переносе этих чувств на врача. По мнению Фрейда, врач подсознательно напоминает больному эмоционально значимую личность из его детства. Если рассматривать механизм переноса более широко, то отношение больного к врачу во многом обусловлено его прежним опытом общения с другими врачами, их отношением к нему, воспоминаниями детского возраста о первом опыте общения с «людьми в белых халатах». Если со стороны врачей человек видел к себе доброе, эмпатичное, участливое, высоко профессиональное отношение, то врач в сознании больного будет восприниматься положительно. В случае же равнодушного отношения, некорректного поведения, непрофессионального подхода больной будет склонен относиться ко всем врачам довольно негативно, враждебно [4,11].

Механизм контрпереноса состоит в актуализации у врача прежнего опыта эмоциональных взаимоотношений с другими больными, подчиненными, детьми и в переносе этого опыта на данного больного. Если пациент ассоциирует врача, прежде всего, с родителем, опытным, знающим человеком, призванным облегчить его страдания, то врач ассоциирует больного с «ребенком», зависимым от него, нуждающимся в его помощи и поддержке. В зависимости от того,

как складывались предшествующие эмоциональные отношения, врач переносит на пациента положительные или отрицательные чувства.

При более общем рассмотрении этого механизма следует отметить, что у врача могут существовать стереотипы восприятия определенных категорий больных в зависимости от: нозологической принадлежности, возраста, пола, внешнего вида и т.д., что будет определять характер отношения к ним [9, 13].

Самым оптимальным вариантом соотношения этих двух психологических механизмов является сочетание положительных переносов, с одной стороны, и положительного контрпереноса, с другой. В этом случае между врачом и пациентом будут складываться отношения взаимопонимания, уважения и доверия, терапевтического сотрудничества. Если же во взаимоотношениях имеет место отрицательный перенос или контрперенос, то, в первом случае, врачу следует попытаться понять, чем вызвано негативное отношение к нему со стороны пациента (опыт прошлого общения с врачами; эмоциональное, психофизиологическое состояние пациента; тяжесть его соматического состояния и т.д.) и, по возможности, скорректировать его в позитивную сторону. Во втором случае, доктор должен справиться со своим отрицательным отношением к больному, разобравшись в его причинах, и, если оно вызвано поведением или отношением самого больного, постараться отнестись к этому, как к одному из проявлений, симптомов болезни и, таким образом, восстановить свое душевное равновесие [2,4,9].

Подготовка компетентного специалиста, в частности врача, является сложным многоуровневым процессом. К сожалению, коммуникативная компетентность не выделяется в отдельную цель при подготовке врача. Хотя именно она является основой в деятельности специалиста любой помогающей профессии.

Итак, только компетентность может дать корректные и безопасные условия для помогающего (врача) и получающего помощь (больного). Компетентностная модель представляется единственно возможной для формирования полноценного «помогающего» специалиста [1].

Формирование коммуникативной компетентности должно стать неотъемлемой частью подготовки специалистов разных областей. Для врачей, коммуникативная компетентность – это не только необходимое профессиональное качество, но и единственно возмож-

ная форма индивидуальной психологической защиты [2,6]. Следует обращать особое внимание на формирование у будущих врачей мотиваций к поиску профессионального пространства супервизорской помощи и потребности к постоянному профессиональному росту.

Список использованной литературы

1. Андриянова Е.А., Носкова С.В. Компетентностная модель выпускника медицинского вуза. В кн.: Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в современном медицинском образовании. Сборник статей межрегион. науч.-практич. Конференции. Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. С. 9-18.

2. Апушкина, А.Ю. Психологические проблемы в профессиональной коммуникации врача и пациента // Сборник научных трудов кафедр гуманитарных дисциплин / отв. ред. Б.И. Репин; ГБОУ ВПО Ряз ГМУ Минздрава России. Рязань: РИО РязГМУ, 2016. Вып. 17. С. 52–57.

3. Барсукова М.И., Дорогойкин Д.Л., Кочеткова Т.В. Проблема коммуникации по линии «врач - пациент» // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2016. Т.6. №1. С. 206–207.

4. Болучевская, В.В. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом (Лекция 4) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. №4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 09.11.2020).

5. Горшунова, Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 36–37.

6. Зимняя, И.А. Ключевые компетентности как результативно-целевая основа компетентностного подхода в образовании. М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2004. С. 42-48.

7. Карягина, Т. Д. Проблема формирования эмпатии / Т. Д. Карягина // Консультативная психология и психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 38–54.

12. Колягин, В.В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа: пособие для врачей. Иркутск: РИО ГБОУ ДПО ИГМАПО, 2012. С. 10-18.

8. Манулик, В.А., Михайлюк Ю.В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теорети-

ческий аспект) // Инновационные образовательные технологии. 2013. №1. С. 19–23.

9. Орлов, Ф.В. Психология в работе врача: конспект лекций. Чебоксары: Чувашский ун-т 2009. 176 с.

10. Татур, Ю.Г. Компетентность в структуре модели качества подготовки специалиста. *Высшее образование сегодня* 2004.С. 23 – 30.

11. Соложенкин, В.В. Психологические основы врачебной деятельности: учеб. пособие для студентов вузов. М.: Академический Проект, 2003. 304 с.

12. Францева, М.В., Бирюкова Т.И. Профессиональная коммуникация как форма взаимодействия врача и пациента // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2015. № 7-4. С. 156–158.

13. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия. Санкт-Петербург: Изд-во «Речь», 2002. С. 35-48.

О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Гамидова З.Ш.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии с усовершенствованием врачей, г.Махачкала*

Древние целители считали, что основными взаимоотношениями между врачом и пациентом является слово: «Лечить надо словом, травами и ножом».

Важно не только что говорить, но и как, зачем, где говорить, как отреагирует тот, кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги.

Пациенты, в большинстве случаев находят взаимоотношения с врачами неудовлетворительными. Основой взаимопонимания является слово. Древние целители считали, что основными взаимоотношениями между врачом и пациентом является слово: «Лечить надо

словом, травами и ножом». Медик должен уметь понять больного, слышать и слушать больного.

Медик должен владеть культурой речи, обладать собой «чувствительностью к человеку» владеть способностью сострадать, ставить себя на место больного.

Врач должен уметь понять больного, успокоить и убедить. Больной должен чувствовать, что его понимают правильно, что медицинский работник относиться к нему с искренним интересом.

В общении с больным не следует забывать: всегда внимательно выслушивать пациента; задавать вопросы, обязательно дожидаться ответа, излагать свои мысли просто, ясно, доходчиво, уважать собеседника.

Одно из важнейших условий для установления между врачом и пациентом ощущения поддержки. Когда врач проявляет понимание, человек уверен, что его жалобы услышаны. Это чувство укрепляется, когда врач говорит: - «Я Вас слышу и понимаю».

Во взаимоотношениях врача-пациента многое зависит от самокритичности, порядочности самих медиков.

Ответственность за свои действия, работу и качество ее выполнения деятельности врача приобретает особый смысл.

Это связано с тем, что ни одна профессия не имеет такого близкого, конкретного соприкосновения с самым важным и сокровенным для любого человека – жизнью и смертью. Врачу вверяется самое драгоценное - жизнь и здоровье людей. Он несет ответственность не столько перед отдельными больными, его родными, но и перед обществом в целом. Поэтому врач не имеет права быть безответственным.

Наблюдательность – качество, которым врач должен обладать не меньше, чем ответственностью.

Врач обязан входить в непосредственный контакт с больным.

У пациента есть свои ожидания от врача. Для этого он рассказывает вам, как ему важно найти «своего» врача и о своих «тяготах» с другими врачами.

Спросить его, что важно для него в выборе, какие ожидания, кроме профессионализма врача, есть у пациента.

Тогда будет понятие, какая модель взаимоотношений предпочтительна для пациента.

В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом, как узкий специалист, и выполняет чисто технические функции. Взаимопонимание между врачом и пациентом влияет на эффективность лечения так же, как и верно поставленный диагноз, и оказываемая в полном объеме медицинская помощь. При общении с пациентом, особенно при первом контакте, врачу следует быть доброжелательным, с пониманием относиться к переживаниям пациента. В связи с этим именно врачу следует быть инициатором установлению доверительных отношений, уметь выразить понимание сказанного. Необходимо помочь больному обрести уверенность в своих силах, развить внутреннюю самодисциплину. Основная задача врача – вылечить пациента и как можно быстро вернуть к прежнему образу жизни.

Список использованной литературы:

1. Поляков Р.В., Маршалюк О.И. «Взаимоотношения врач - больной» - 2021 №6;
2. Ахметханов С.Ш., Абдуллаева Б.С. «Основные модели взаимоотношения врача и пациента» - 2018 [209].

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Журбенко В.А.

*ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава России
Кафедра стоматологии детского возраста, г. Курск*

Развитие многих стоматологических заболеваний начинается в раннем детском возрасте, однако страх перед стоматологическим вмешательством у родителей и детей вызывает серьезную проблему сотрудничества и не позволяет стоматологу произвести необходимые мероприятия.

Многие взрослые придерживаются мнения, что посещение стоматолога может вызвать только физическую боль, не придавая достаточно внимания психологическому состоянию ребенка. Однако

по результатам многих исследований доказано, что дети испытывают страх перед каждым посещением зубного врача. Причиной может быть неизвестность (если это первое обращение), боязнь всех врачей, неудачное лечение, проведенное ранее, самовнушение и другое. Врач-стоматолог, который начинает работу сразу, в большинстве случаев сталкивается с трудностями из-за «неправильного» поведения детей. Ребенок может не открыть рот, схватить врача за руку, сильно кричать или выполнять иные действия, мешающие доктору провести лечение. Решить эту проблему, помогает деонтология.

Деонтология является учением о нравственных и моральных проблемах, оценке действий человека и правилах поведения. Кажется бы, как связана эта направление в психологии с медициной? Но взаимосвязь действительно есть, и она очень близкая. Главная задача деонтологии заключается в формировании доверия между маленьким пациентом и врачом. Такой подход к стоматологическому приему необходим для повышения качества лечения и устранения страха ребенка перед стоматологом в будущем.

Суметь завоевать доверие ребенка, это сложная задача, которая требует определенных навыков. Клиника и кабинет врача могут быть иметь располагающий интерьер, игрушки и другие преимущества, используемые для расположения детей. Однако если ребенок пришел на лечение, например, с острой болью, никакие манипуляции не могут дать нужного результата. Чтобы тактика деонтологии работала «на деле» стоматологи рекомендуют приводить детей на профилактический осмотр или на «ознакомительный прием».

Деонтология предполагает целый комплекс действий детского стоматолога, начиная с встречи маленького пациента и общего вида самого специалиста. Методы деонтологии рассчитаны на психологическое воздействие с помощью слова и выполняемых действий без физического и эмоционального насилия. Ошибки специалиста могут стать причиной страха перед стоматологией в будущем.

Правила доверительного общения с детьми:

- 1) Ощущать и проявлять искренний интерес к личности ребенка;
- 2) Выбирать стиль общения в соответствии с возрастом / степенью зрелости ребенка и его готовностью к сотрудничеству;
- 3) Следить за тем, чтобы к ребенку не обращались одновременно несколько человек: ребенок способен воспринимать только одно обращение в одно время;

4) Стремиться установить неформальный, дружеский и естественный стиль общения;

5) Использовать для общения не только вербальные, но и невербальные средства: зрительный контакт; модуляции тембра и интонаций голоса, прикосновение, поглаживание;

6) Быть безупречно правдивым и последовательным;

7) Соблюдать позитивный подход и использовать позитивную лексику при описании ситуации, ознакомлении ребенка с планом лечения, оценке его поведения;

8) Воспитывать и сохранять в себе толерантное отношение к негативному поведению ребенка, не терять самоконтроль;

9) Проявлять гибкость, готовность к изменению плана работы в связи с поведением ребенка.

Правила формирования поведения ребенка на приеме:

1) Не давать ребенку несколько указаний одновременно;

2) Ясно, конкретно и однозначно формулировать просьбы и команды;

3) Избегать излишнего давления на ребенка;

4) Устанавливать четкие «правила игры»: ребенок – уважаемая, но подчиненная врачу личность;

5) Оговорить способ, которым ребенок может выразить свое желание остановить процедуру;

6) Закреплять его правильные реакции и игнорировать мелкие негативные реакции;

7) Формулировать конкретные похвалы;

8) Для поощрения правильного поведения и пресечения негативного использовать не только вербальные реакции, но и голосовой контроль;

9) Если ребенок не справляется с освоением очередного этапа, вернуться на шаг назад и повторить попытку, опираясь на уже принятые ребенком манипуляции.

Важным критерием физического и психического здоровья ребенка является его эмоциональное состояние. Прием детей младше трех лет проводят только вместе с родителями, которых обучают правилам безопасного сдерживания движений рук, ног и головы ребенка во время манипуляций; все процедуры проводят очень точно и быстро.

Прием детей с недомоганием, острыми заболеваниями следует перенести на более благополучный период, а при необходимости

оказания неотложной помощи тщательно планировать работу команды в целях минимизации негативных раздражителей и оказания максимальной конструктивной поддержки для ребенка.

При работе с детьми, имеющими хроническую соматическую патологию, следует проявлять особую психологическую чуткость к ребенку и его родителям. При выполнении бихевиоральных технологий нужно учитывать особенности восприятия ребенка (изменения зрения, слуха, тактильной чувствительности), повышенный уровень тревожности, часто сниженный уровень самоконтроля поведения, вероятность непровольной двигательной активности и т.д.

Дети с хроническим нарушением здоровья и их родители живут в особых психологических условиях, нуждаются в понимании и поддержке. Говорят, о двух крайних типах личностей хронически больных детей: больной-борец и больной-страдалец.

Больной-борец относится к своей болезни как к врагу, которого нужно победить, поэтому делает все, что служит победе. У таких детей сформирована мотивация к лечению (лечить зубы нужно для того, чтобы очистить рот от инфекции, прибавить сил для дальнейшей борьбы), выражена воля (неприятности нужно преодолеть ради хорошего результата). Задача врача сводится к осознанию проблем ребенка и его родителей, к вхождению в его мир: врач должен стать соратником ребенка в его борьбе за качество жизни. Больной-страдалец — ребенок, расслабленный и избалованный постоянной опекой, сочувствием, предупредительностью и всепрощением родных. Ребенок капризен, жалуется на усталость и дискомфорт, позволяет себе не подчиняться указаниям врача и предлагать альтернативные варианты, лишний раз искать сочувствия и т. д. Мотивация таких детей обращена на выполнение его сиюминутных желаний, но не на конечный результат лечения. Основа такого поведения — высокая тревожность, обусловленная негативным медицинским анамнезом. Такие дети требуют обстоятельной адаптации к лечению, в ходе которой врач должен постараться изолировать ребенка от расслабляющего влияния родных, создать новую мотивацию, использовать волю ребенка в интересах лечения, построить новый для ребенка стиль отношений — честное сотрудничество.

В ходе обследования и лечения нужно помнить о том, что дети могут иметь объективно низкий порог болевой и/или другой чувствительности и резко реагировать на раздражители.

Дети, страдающие хронической соматической патологией, могут отставать в развитии от сверстников в физическом и психическом развитии, поэтому психологические подходы к ребенку следует адаптировать не к паспортному, а к фактическому возрасту ребенка.

Боль – неприятный чувственный и эмоциональный опыт, связанный с реальным или потенциальным повреждением тканей, мобилирующий к действиям, направленным на устранение повреждающего воздействия или уклонение от него. Дети испытывают боль также, как и взрослые, но иначе проявляют свои чувства. Современные способы минимизации боли представляют собой вмешательства на различных этапах «пути боли»: от раздражителя - до центральной нервной системы. Минимизация болевых стимулов – контроль всех механических, химических и термических стимулов и триггеров стоматологических манипуляций (отказ от зондирования, выбор низкой скорости вращения бора и т.д.). Для местной анестезии используются фармакологические средства, способные изменить проницаемость мембран нервных клеток для ионов натрия, задерживать их деполяризацию и, таким образом, препятствовать рождению нервного (болевого) импульса: прокаин, лидокаин, прилокаин, мепивокаин, бупивакаин, артикаин. Показанием к местной анестезии является - любая ситуация, связанная с болью и дискомфортом, противопоказаниями – негативное поведение ребенка (Frankl), аллергия к препаратам для местной анестезии; патология гемостаза, тяжелые заболевания печени.

Как результат вышеперечисленных факторов, на стоматологическом приеме врач может сталкиваться с разными проявлениями контактности пациента-ребенка. Стоматолог, принимающий ребенка, должен организовывать работу таким образом, чтобы лечение прошло эффективно, а ребенок приобрел (закрепил) позитивное отношение к стоматологии. Прием пациента-ребенка предполагает тесное взаимодействие и сотрудничество в «треугольнике детской стоматологии», объединяющем ребенка, его родителей и персонал стоматологической клиники.

Различают несколько типов поведения детей на приеме (по Write):

- дети, готовые к сотрудничеству;
- дети, способные к сотрудничеству;
- дети, не способные к сотрудничеству.

Участие авторитетных родителей в приеме помогает работе врача, тогда как вмешательство безответственных, сверхзаботливых, авторитарных и агрессивных родителей может внести серьезные помехи.

Таким образом, можно выделить рекомендации по организации детского стоматологического приема:

- Организация атмосферы во время ожидания приема: дизайн кабинета и общая атмосфера стоматологической клиники должны снижать тревожность пациентов.

- График посещений. Требуется сделать все, чтобы принять ребенка вовремя.

- Время приема. Нежелательно назначать дошкольнику и ребенку младшего школьного возраста часы дневного сна: дети хуже удерживают внимание и выполняют требования врача.

- Продолжительность каждого посещения. Внимание ребенка рассеивается при длительном визите, поэтому распределять процедуры на приеме надо, основываясь на том, как маленький пациент их воспринимает.

- Внешний вид врача. Известно, что большинству маленьких пациентов не нравится белый цвет одежды врача-стоматолога, поэтому желательно, чтобы детские стоматологи носили цветную униформу.

- Присутствие родителей в кабинете во время проведения стоматологических процедур может иметь положительные и отрицательные эффекты:

К положительным относят:

- ▶ поддержание чувства защищенности у ребенка
- ▶ создание у ребенка положительного отношения к врачу
- ▶ поддержание мотивации к лечению, связанной с взаимоотношениями с родителями

К отрицательным относят:

- ▶ повышение тревожности ребенка при негативном отношении родителей к стоматологии
- ▶ невозможность психологического контакта с ребенком при жестком давлении на него родителей;
- ▶ разделение внимания ребенка между врачом и родителями

Список использованной литературы

1. Иванова Г.Г., Иванова М.А. Оценка психоэмоциональных состояний детей // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2001. — №1. — С. 12-16.
2. Трезубов В.Н. Уменьшение эмоционального напряжения у больных на стоматологическом приеме: Учебное пособие / В.Н. Трезубов. - Санкт-Петербург, 1994. - 44 с.
3. Демьяненко С.А. Психоэмоциональное напряжение в развитии гипертензивных реакций на стоматологическом приеме // Труды Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. «Современные достижения стоматологии и челюстно-лицевой хирургии» (Киров, 20-21 июня 2014). – Киров, 2014. – С. 89-96.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛИДЕРОВ И ПОЛИТИКОВ

Курбонова Г.Н.

*Бухарский государственный медицинский институт
имени Абу Али ибн Сино, Узбекистан, Бухара*

Актуальность темы. Реальное осуществление радикальных экономических и политических преобразований в обществе объективно требует психологического объединения всех людей и социальных институтов. Неординарность ситуации, социальное противостояние и динамика изменений политической жизни в значительной мере препятствуют этому. Сегодня необходимо донести содержание экономических и политических реформ до сознания различных социальных групп, вовлечь людей в их выполнение, помочь каждому найти свое место в экономической и политической жизни. В решении проблемы формирования убежденности и веры людей в реформы необходимо создание психологического взаимодействия, совместности, совместности и общности интересов различных слоев общества, различных социальных институтов.

Значительная роль в этом вопросе принадлежит социальным лидерам, политическим лидерам, управленцам в целом. Это в свою очередь предъявляет к ним особые требования по уровню профес-

сионизма и, прежде всего, психологической компетентности, коммуникативных способностей и нравственных начал.

Деятельность политика разнообразна, многогранна и многоаспектна, но и она содержит какие-то общие моменты. Как показывает практика, одним из таких моментов, составляющих основу деятельности политика, является работа с людьми, то-есть, общение. Именно поэтому подготовка к профессиональному общению является одним из ключевых направлений подготовки политика к практической работе и, в целом повышения эффективности его деятельности. Опыт показывает, что недостаточная коммуникативная подготовленность политиков лежит в основе многих случаев невыполнения ими тактических задач и стратегических целей.

Проблема психологического взаимодействия в политической сфере всегда была и остается актуальной для любого общества. В каждой конкретной исторической ситуации важно установить содержание и характер этого взаимодействия, его цели и задачи. В настоящее время необходимость психологического общения и взаимодействия членов общества осложняется вследствие политической апатии и психологической депрессии у определенной части населения, а иногда и прямо противоположными политическими и психологическими установками людей.

Добавим, что теперь практически каждый политик, а тем более политический лидер, имеющий достаточно активную оппозицию, испытывает психологическое давление оппонентов. Общеизвестно, какое влияние на людей оказывают современные средства массовой информации и коммуникации, они также становятся важными каналами политического общения. Поэтому достигнуть желаемого эффективного влияния на массы политическому лидеру можно, только наладив оптимальные непосредственные и опосредованные коммуникативные связи с различными социальными группами. Но вступить с каждым человеком в непосредственное политическое общение практически невозможно, поэтому каждый конкретный контакт для политика важен еще и как пример его политического общения для других людей.

В конечном счете все факторы социального общения можно свести к объективным и субъективным, последние определяют сами политические лидеры, их коммуникативные умения, умения организовать коммуникативные процессы. Более того, коммуникатив-

ные умения нужны политическому лидеру для делового и неформального общения с соратниками по политической деятельности, для поддержания цивилизованных политических отношений с оппонентами, и, что, пожалуй, самое главное - коммуникативные умения необходимы в общении с людьми, рядовыми участниками политических процессов.

При этом становится все более очевидным, что претендентам на политическое лидерство необходимо не только развивать коммуникативные способности, но очень важно учитывать психологические особенности оппонентов, в целом - условия процесса политического общения, по возможности организовывать его, сделать наиболее эффективным. Только в этом случае можно объединить общество для проведения в жизнь необходимых реформ.

И тут возникают вопросы о создании и развитии условий для плодотворного политического общения, о возможностях, путях и средствах их совершенствования. Во время коренных преобразований в обществе, в условиях налаживания системы управления социальными, экономическими и политическими процессами, как никогда, возникает потребность в надежной теории, в знаниях о человеке, о сущности и особенностях политического общения. Эти знания особенно необходимы в настоящее время, и прежде всего политикам, авторам и исполнителям программ выхода общества из кризисного состояния, в том числе и из психологической депрессии.

Состояние научной разработанности проблемы. Несмотря на очевидную необходимость глубокого изучения феномена политического общения, его содержания и механизма осуществления теоретическая разработка и конкретное исследование проблем политического общения, этого сложного и противоречивого явления отстает от требований современной науки и практики.

Все же надо отметить, что методологические подходы к анализу профессионального общения политика в рассматриваемом плане содержатся в трудах отечественных ученых, и довольно широко освещены в зарубежной литературе. Всю имеющуюся по исследуемой теме литературу можно условно разделить на четыре части. К первой группе отнесем труды ученых по общеметодологическим проблемам психологии. Это прежде всего работы Абульхановой К.А., Ананьева Б.Г., Андреевой Г.М., Бодалева А.А., Выготского Л.С., Зинченко В.П., Кузьмина Е.С., Леонтьева А.А., Левыкина И.Т., Ломова Б.Ф.,

Мясищева В.Н., Платонова К.К., Парыгина Б.Д., Петровского А.В., Уманского Л.И. и других.

Во вторую группу можно включить серию книг и брошюр по психологии общения, коммуникативным способностям людей. Авторами этих трудов являются Донцов А.И., Каган М.С. Кузьмина Н.В., Панасюк А.Ю., Петренко В.Ф., Семенов И.Н., Теплов Б.М., Филонов Л.Б. Шадриков В.Д. и другие.

К третьей группе можно отнести труды, посвященные политической деятельности, проблемам политологии и политической психологии. Сюда следует включить работы Афанасьева В.Г., Бурлацкого Ф.М., Выдрин Д.И., Горшкова М.К., Комаровского В.С., Пешкова В.П., Пищулина Н.П., Рогачева С.В., Яблоковой Е.А. и других.

Четвертую группу работ составляют исследования проблем психологии политического общения. Это книги, брошюры и статьи Азаева Э.Л., Бадмаева В.Ц., Деркача А.А., Дугина Е.Я., Зазыкина В.Г., Чередниченко А.П., Шепеля В.М., и других.

Признавая несомненный вклад этих ученых в разработку проблем психологии политического общения, следует отметить, что в целом комплексно и целенаправленно эта проблема у нас изучена пока явно недостаточно. Психологическое взаимодействие политического лидера с респондентом порой рассматривается не как профессиональное общение, а как давление на человека или манипулирование личностью.

Эффективность профессионального общения политика зависит не только от развития его коммуникативных способностей и наличия у него конкретных знаний, умений, навыков, качеств, обеспечивающих продуктивное решение коммуникативных задач, но в не меньшей степени от организации процесса общения, от общего уровня психологической готовности политика к профессиональной деятельности, психологических особенностей и политических ориентаций его оппонента, от целого ряда других субъективных факторов и объективных условий, характеризующих данный процесс.

Методы исследования, применяемые автором: индивидуально-статистический метод, метод аналогии, психологическое тестирование, экспертные оценки, методика "заполнения опросника на другого", техника ранжирования, методика " групповой оценки личности", включенное наблюдение, метод обобщения независимых характеристик и контент-анализа результатов деятельности.

Эмпирическая база исследования. Эмпирическую базу исследования составляют результаты конкретных психологических исследований, осуществленных при непосредственном участии автора в разные годы, что позволило изучить как отдельные стороны изучаемой темы, так и в целом осмыслить проблему профессионального общения политика. Первые исследования по проблемам политического общения в малых социальных группах и формирования социально-психологического микроклимата в трудовых коллективах, в которых участвовал автор, относятся к концу 80-х годов.

Основные научные результаты, исследования состоят в том, что:

- выявлены многомерное содержание, функции и структура контактного и бесконтактного профессионального общения политиков. Профессиональное общение представлено как психологический процесс, направленный на все большую совместимость, совместность и общность политика и респондента, что может служить согласованию всего комплекса их материальных интересов и духовных ценностей;

По развитию каждый компонент может находиться на одном из пяти уровней, которые ситуативно устойчивы, связаны с социальным статусом человека и могут меняться при специальном обучении;

- установлено, что оптимальным алгоритмом продуктивного профессионального общения в современных условиях может стать следующий порядок действий: получение необходимой психологической информации о личности респондента, изучение и осмысление этой информации, установление доверия между политиком и респондентом, привлечение респондента на свои жизненные позиции и в конечном счете к политическому сотрудничеству, опосредованное влияние на респондента, поддержание у респондента положительного отношения к продолжению общения и по возможности развитие у него качеств необходимых для целей, задач и характера этого общения;

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что основные теоретико-методологические положения исследования могут лечь в основу прогнозов результатов профессионального общения политиков и разработок практических рекомендаций и методик по организации эффективного профессионального общения.

Целостном психологическом основании, включающем в себя внутренне упорядоченную систему понятий, суждений, представле-

ний, выработанную в результате коммуникативной деятельности и чувственного опыта личности и выступающую в различной степени адекватным отражением реальности, являющуюся индивидуально-значимой для каждого из партнеров по общению и в то же время могущую иметь общую прогностическую ценность для партнеров по общению.

При этом культура профессионального общения лидера социальной среды предстает как взаимоприемлемое согласование его интересов и интересов электората при помощи психологических навыков и умений коммуникации, профессиональной и общей культуры личности.

К особенностям профессионального общения политиков следует отнести двойственность отношений партнеров, когда каждый традиционный элемент общения, имеет вполне определенный политический подтекст и может приобрести политическое значение, а также в наличии некоторых специфических форм общения в политической сфере.

Коммуникативно значимые личностно-психологические особенности современных политиков являются сложно организованным динамическим образованием, находящимся в постоянной связи с уровнем квалифицированности в профессиональном общении в системе "политик - общественное мнение - личность респондента".

Формирование диалогичности профессионального общения выступает одним из основных императивов современной демократической модели политической деятельности.

Психологическими особенностями осуществления диалогового общения политиков является личностная включенность участников диалога, открытость личностных позиций, искренность и спонтанность психологического реагирования, высокий уровень обратной связи, обусловленный социальной сензитивностью и рефлексией. Структура диалогового общения современных политиков представляет собой решение ряда мотивационных, коммуникативных, социально-перцептивных, рефлексивных, конструктивных задач, стоящих перед общающимися партнерами: установление и поддержание контакта и взаимосогласованности действий; раскрытие своих личностных позиций; восприятие и понимание личностных позиций другого; творческое взаимодействие личностных позиций, включая

их изменение и взаимообогащение; совместная выработка плана действий по решению обсуждаемой проблемы.

Коммуникативные способности можно представить, как сложные интегративные образования, включающие все компоненты каждой из сторон общения: коммуникативный, перцептивный и интерактивный. Приобретенные коммуникативные знания, трансформируясь в процессе практического общения в умения и навыки, ведут к новому витку теоретического осмысления и конструированию оптимальных моделей и алгоритмов политического общения.

Наиболее рациональными путями освоения политиком процессуальных условий профессионального общения выступает использование активных форм и методов обучения: ролевых игр, групповых дискуссий, социально-психологического тренинга и других; анализ и самоанализ коммуникативной деятельности в политической сфере; организация системы корректирующего обучения тренингов, занятий, инструктажей; включение качества коммуникативной деятельности в критерии оценки профессионального роста политических лидеров; ориентация политических лидеров на исследование явлений коммуникативной культуры, побуждение к самосовершенствованию и саморазвитию.

В заключении хотелось бы сказать эффективная профессиональная деятельность политика невозможна без его прямых контактов с людьми. В процессе этих контактов происходит согласование целей и задач возможной совместной деятельности, обмен информацией и соответствующими знаниями. С развитием демократии в обществе все большее значение будет приобретать субъект - субъектный тип политического общения. Это не простое воздействие политика на респондента. Данный тип общения следует отнести к формам равноправного политического партнерства. В этом случае общение или политическое взаимодействие происходит в форме диалога. Важное значение при этом будет приобретать координация действий, происходящих по типу взаимопомощи, взаимной поддержки и взаимодополнения.

Список использованной литературы:

1. Абульханова К.А. О субъекте психической деятельности. -М.: Наука, 1973. 286 с.

2. Ананьев Б.Г. О человеке как объекте и субъекте воспитания: Избранные психологические труды в 2-х т. /Под ред. А.Соболева и др. М.: Педагогика, 1980. - 288 с.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. - М.: Наука, 1977. 380 с.
4. Анастаси А. Психологическое тестирование. Кн.1 и 2. М.: Пед-ка, 1982. 295 е., 312 с.
5. Андреева Г.М. Социальная психология. М.: МГУ, 1994.416 с.
6. Анисимов О.С. Педагогическая концепция перестройки последипломного образования: управленческое мышление и перестройка управленческого образования. М.: РАКО АПК, 1990. - 125 с.
7. Анисимов С.А. Культура труда современного рабочего. М.: Профиздат, 1985. - 65 с.
8. Артемьева Т.И. Методологический аспект проблемы способностей. М.: Наука, 1977. - 183 с.
9. Аунапу Ф.Ф. Методы подбора и подготовки руководителей производства. М.: Экономика, 1971. - 384 с.
10. Ю.Афанасьев В.Г. Человек в управлении обществом. М.: Политиздат, 1977. - 382 с.
11. П.Афанасьев В.Г. Научное управление обществом. М.: - 160 Политиздат, 1973. - 392 с.
12. Афанасьев В.Г. и др. Труд руководителя. М.: Политиздат, 1977. 358 с.
13. З.Афанасьев В.Г. Социальная информация и управление обществом. М.: Мысль, 1975. - 408 с.
14. Бадмаев Б.Ц. Психология и педагогика в партийной работе.- М.: Политиздат, 1985. 223 с.
15. Бадмаев Б.Ц. Психология: как ее изучать и усвоить. М.: Учебная литература, 1997. - 256 с.
16. Берг Л.И. Кибернетика наука об оптимальном управлении. - М.: Энергия, 1964. - 64 с.
17. Бешелев С.Д., Гуревич Ф.Г. Математика статистические методы экспериментальных оценок. - М.: Статистика, 1980.18.- 262 с.
18. Бигель Дж. Управление производством. /Пер. с англ. М.: Мир, 1973. 304 с.
19. Бир С. Наука управления. М.: Энергия, 1976. - 112 с.

ОБ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

**Ибрагимова Э.И., Горелова В.Г.,
Магомедова З.С., Гамзаева А.У.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра патологической физиологии, г. Махачкала*

Современный культурный и научно-технический прогресс, сверхдинамичное развитие медицинской науки и практики, революционная биотехнология в мировом здравоохранении - все это поставило перед философской мыслью принципиально новые моральные и этические вопросы.

Среди заповедей древней медицины, дошедших до наших дней и известных каждому культурному человеку, одно из первых мест занимает призыв великого греческого врача и мыслителя Гиппократу Не навреди (*non nocere*), обращенный к всем докторам.

Мировое сообщество вынуждено разрабатывать принципиально иные этические принципы и критерии моральных оценок в науке и медицине, создавать новые структуры морального контроля, действие которых должно быть направлено на обеспечение безопасности каждого члена общества. Нравственность всегда отражает реальный общественный интерес. В то же время он реализуется внутри человеческой личности, выражая идеалы самоотверженности и альтруизма.

Медицинская этика формирует у каждого врача, фармацевта, каждой медсестры глубокую личную ответственность за качественное выполнение своего профессионального долга перед пациентами и всем мировым сообществом.

В современных условиях, каждый медицинский работник должен постоянно осваивать психологические и философские знания, профессиональные навыки и имеет высокие моральные качества.

Философские и этические проблемы медицины имеют глубокие логические и исторические корни. Они определяются в первую очередь теми вечными проблемами, составляющими суть мировоззрения медиков - их отношением к жизни, здоровью, страданиям, смерти.

Медицина - единственный вид деятельности, где специалист в полном смысле слова держит в своих руках здоровье и болезнь, жизнь и смерть человека, органически внутренне связана с личностью пациента, его нравственными представлениями, отношениями в семье, коллектив и др. Деонтология развивает в личности врача качества ответственного гражданина, квалифицированного специалиста-профессионала, способного соотносить свои действия с принципами морали и нормами права.

Одно из ключевых требований медицинской деонтологии - формирование у врача особо гуманного отношения к личности пациента, а также высокой ответственности за все его действия. Врач призван не только профессионально лечить пациента, но и поддерживать его морально, формировать у него оптимистичное, бодрое настроение.

В древние времена исцеление было не чем иным, как целевым воздействием на пациента, состоящим из различных духовных и магических церемоний и определенных хирургических вмешательств. Наши далекие предки боролись за жизнь больного, умело используя лечебные травы и даже органы животных.

Современные философы, ученые и врачи рассматривают человеческий разум и мораль как целостное социокультурное явление. Они во многом связывают здоровье человека с эволюционными и экологическими условиями жизни, а также с характером его социальной и умственной деятельности

Каждый ученый, каждый врач, планирующий биомедицинские исследования, должен изначально учитывать не только их теоретическую обоснованность, методологическую правильность и техническую выполнимость, но и этическую приемлемость.

Биоэтику вполне можно считать коллективным сознанием всего медицинского сообщества, указывающим на личную гуманитарную ответственность каждого из его членов за сохранение жизни на Земле. Нельзя считать случайным, что его появление и развитие связаны с изменениями в научной области биомедицины, медицинской науки, практического здравоохранения, происходящими под активным влиянием научно-технического и технологического прогресса. В первую очередь, речь идет о серьезных достижениях в области генной инженерии, трансплантации органов, биотехнологии и т.д.

Новые технологии генной инженерии, связанные с возможным применением революционных достижений биомедицинской науки в

клинической практике, вовсе не гарантируют благоприятный исход лечения для любого тяжелообольного пациента.

Специфика биоэтики состоит прежде всего в сопоставлении ее принципов с концепциями более широкой моральной сферы - этики медицины, что позволяет привлечь внимание к научной и практической деятельности врачей, стремящихся к коренному изменению человеческой природы. Чрезвычайно важно подчеркнуть, что овладение биоэтической культурой - задача не только естествоиспытателей, но и всего населения. Его развитие должно стать делом государственной важности.

Биоэтика коренным образом отличается от этики науки, классической этики и даже деонтологии. Говоря о биоэтических принципах поведения ученых, следует иметь в виду уникальность их исследовательской деятельности, но прежде всего - ее социальную значимость. Проблемы современной медицины приобрели глубокий философский смысл.

При большинстве заболеваний отмечаются отклонения в процессах энергетического обмена, что сказывается на гомеостазе функциональных систем на разных уровнях. Отмечается дисбаланс обмена энергией между человеческим телом и природной, а также социальной средой. Человек как естественное и в то же время социальное существо постоянно нуждается в энергообмене очень высокой интенсивности.

Сегодня теоретическая биология, медицинская наука и гуманистическая философия столкнулись с целым рядом как нового мировоззрения, так и старых психических проблем, требующих научно-теоретического и философско-этического анализа. Возьмем, к примеру, расширяющийся фронт глобального экологического кризиса, неукротимое увеличение заболеваемости раком, СПИДом, сердечно-сосудистыми и различными вирусными заболеваниями, которые опасны из-за их особенно сильного негативного воздействия на жизнеспособность человеческого организма. Конечно, все мыслящее человечество в нынешних кризисных условиях очень озабочено своим будущим. Возникает вопрос: а стоит ли искусственно улучшать биокод человека, и если да, то как именно - эмпирическим путем, методами отбора или все же методом геной инженерии? Био-генетические исследования, проведенные на живых организмах, позволили получить экспериментальный материал и научно обоб-

щить его, а следовательно, лучше понять законы живого вещества. Все это служит основанием для использования выводов теоретиков в практической медицине.

Ученые (биологи, генетики, врачи), понимая, что любое вмешательство в наследственные механизмы само по себе очень опасно (потому что оно непредсказуемо), очень осторожны в своих исследованиях. Возникли принципиально новые биоэтические цели и задачи. Возникли также сложные теоретические и философские формы этико-правового решения современных биомедицинских проблем. В заключение отметим, что биомедицина будущего, вероятно, будет активно участвовать в устранении причин различных наследственных заболеваний (выявлении и коррекции мутантных генов и т.д.).

Биоэтика - философская и научная парадигма здравоохранения

Главная особенность парадигмы биоэтики как особой идеологии состоит, прежде всего, в том, что она выражает интересы мирового сообщества, в частности медицинского, по защите прав людей на жизнь и здоровье. Он пробуждает естествоиспытателей, врачей, фармацевтов к глубокой личной ответственности за организацию и проведение научных исследований (экспериментов), связанных с разного рода воздействием на организм человека.

Специфика биоэтической идеологии в здравоохранении состоит прежде всего в принципиально ином подходе к жизни человека. По сути, мы имеем в виду новую версию философии жизни, поскольку мы говорим здесь о формировании нравственной позиции. Биоэтика обращает внимание ученых именно на те области научной и практической деятельности, в рамках которых трансформация физической и духовной жизни человека осуществляется на гуманитарной основе.

Появление биоэтики как моральной идеологии в системе здравоохранения потребовало от врачей социально-философского понимания значения здоровья (вечной общечеловеческой ценности) и болезни (фрагмента естественной жизни). Эти проблемы сейчас решаются на основе действующих морально-этических принципов различных философских систем гуманистической морали. Только философски осмыслив особенности морали и права в практической медицине, можно понять, что исследовательская деятельность врачей ни при каких условиях не может вестись без опоры на нравственные традиции.

Сегодня первостепенной задачей является формирование принципиально нового морально-этического (биоэтического) самосознания будущих специалистов еще во время обучения в медицинском вузе.

Биоэтика как идеология здравоохранения ничего не запрещает и не разрешает. Он привлекает внимание мирового сообщества, в частности медицинского, к моральным и правовым проблемам биомедицинских исследований, к новым аспектам науки, связанным с угрозой жизни и здоровью человека. Идеологи биоэтики критикуют те научные методы, средства и технологии, которые, по их мнению, не способны обеспечить социальный прогресс, качественное улучшение жизни людей. Они следят за соблюдением строгих моральных и этических норм и требований законодательства в области преобразования органической жизни. Биоэтика постоянно уточняет критерии моральной и правовой оценки возможностей перестройки жизни на Земле (особенно человека), формулирует новые рекомендации и советы специалистам, но не более того.

Таким образом, современный врач должен обладать высоким профессионализмом и развитым чувством гражданской ответственности. При этом важную роль играет его личное обаяние, доброта, искренность, открытость, скромность, его умение расположить пациента к себе, внимательно его выслушать. Главное качество любого врача - совесть как высшее проявление человечности. Основным принципом гуманизма был и остается принцип уважительного отношения к человеку - высшей ценности в мире живых существ.

Биоэтика - это изучение этических аспектов проблемных ситуаций в современной медицине. Она рассматривает вопросы особого порядка: философские и морально-этические проблемы генной инженерии и генной терапии; моральные аспекты трансплантации органов; моральные трудности, возникающие в связи с появлением новых технологий, связанных с искусственным оплодотворением, суррогатным вынашиванием плода; эвтаназия и др. Биоэтика - идеология медицинского сообщества, не входящего в моральные и этические науки. Его нельзя приравнять к деонтологии или медицинской этике. Проблемы биоэтики настолько сложны, что требуют особого внимания со стороны широкой общественности, а также глубокого философского и аксиологического осмысления.

В современных условиях исключается любая альтернатива человеческой жизни и деятельности в соответствии с разумом и собственной совестью. Время срочно требует от людей, особенно ученых, медицинских специалистов, осознать высший смысл всеобъемлющей философской формулы: Стремись к истине, добру и красоте! Вполне правомерно было бы дополнить его еще одним компонентом: Любить человека. Только строгое соблюдение этой гуманной формулы позволит человечеству не только выжить, но и поступательно развиваться.

Список использованной литературы

1. Гиппократ. - М., 2005.
2. Проблемы медицинской деонтологии. - М., 1975.
3. Введение в биоэтику: Учебник. - М., 2007.
4. Спенсер Г. Научные основы морали. - СПб., 1987.
5. Биофилософия. - М., 2008.
6. Зилов В.Г., Судаков К.В., Эпштейн О.И. Элементы информационной биологии и медицины. - М., 2007.

ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ

**Будайчиев Г.М-А., Махмудова З.К., Исаева С.М.,
Гафурова А.А., Кафаров Р.Т.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра терапевтической стоматологии, г. Махачкала*

Стремительное развитие современного общества требует квалифицированных специалистов в различных отраслях. Большое значение в формировании самосознания и мастерства специалиста имеет уровень образования, который приобретает в высших учебных заведениях. Особой спецификой отличается обучение будущих врачей, поскольку их непосредственная деятельность сопровождается высоким уровнем ответственности. Это обуславливает специфические

особенности формирования личности будущего врача. Медицина - профессия, основанная на отношениях «человек - человек», поэтому деятельность врача нельзя рассматривать обособленно от его личных качеств, общепринятых норм поведения, знания основ общей педагогики и психологии, психологических аспектов общения в системе «врач - больной». К профессионально значимых качеств личности врача в общении с больными можно отнести гуманизм, человечность, терпимость, вежливость, внимательность, ответственность, коммуникативность, эмоциональную стабильность [1].

Поэтому целью изучения значение педагогического общения как профессионально этического феномена в системе образования студентов-стоматологов является направление студентов на учет психологических особенностей каждого пациента и индивидуальный подход.

Студенты-медики должны знать, что общение врача и пациента – это оказание всесторонней медицинской, психологической и моральной помощи больному в борьбе с болезнью и ее негативными социальными последствиями; врач должен уметь предотвращать и решать конфликты с пациентами, поскольку это его моральный долг. Научиться гуманно и эффективно общаться студент должен на занятиях в процессе решения различных ситуаций, которые способствуют формированию коммуникативных знаний и умений.

Кроме того, развитое воображение врача помогает понять больного, его возможные реакции, предвидеть ситуацию и свою роль в ней, а также свои действия в предусмотренных условиях. Врач должен обладать способами (убеждение, внушение) взаимодействия в профессиональной деятельности и уметь устанавливать контакт (эмоциональный, деловой) в общении с больными и коллегами. Определенную специфику имеет и обучение будущих врачей - стоматологов.

Одной из главных задач современной системы образования в стоматологии является создание условий для развития и самовыражения каждой личности на этапе получения медицинского образования, формирования поколения врачей-стоматологов, способных к активной практической деятельности с применением творческого подхода и соблюдением морально-этических ценностей [2]. Специфика новейших технологий обучения в высших учебных заведениях медицинского профиля предполагает насыщение учебного процесса

элементами развития врачебного мышления, отработку практических навыков и умений с последовательным анализированием и интерпретированием полученных результатов, что в общем объеме базируется на применении разнообразных методических подходов. Заметное место в содержании стоматологического образования занимает овладение и совершенствование практических навыков будущими врачами-стоматологами. Одним из приоритетов современности является направленность не только на понимание ведущих тенденций этиологии и патогенеза основных стоматологических заболеваний, но и анатомо-физиологические особенности зубочелюстного аппарата, духовных и нравственных ценностей для жизни пациента.

Уровень подготовки будущего врача-стоматолога зависит от многих объективных и субъективных факторов - интеллектуального развития, способности, интереса, способности к обучению, стимулирования творческого воображения, уровня знаний и профессионального мастерства преподавателя, который проводит учебный процесс, самосознания студента. Именно самосознание служит источником саморегуляции и самоконтроля человека, способствует формированию и развитию социально адекватных норм поведения, что необходимо в повседневной работе врача.

Кроме того, большое значение в системе образования придается роли преподавателя. Общение педагога со студентами является специфическим потому, что по статусу они выступают с различных позиций: преподаватель организует взаимодействие, а студент воспринимает ее и включается в нее. Надо помогать студенту стать активным соучастником педагогического процесса, обеспечить условия для реализации его потенциальных возможностей. В общении складывается важная система воспитательных взаимоотношений, способствующих эффективности воспитания и обучения. В педагогической деятельности общение приобретает функциональный и профессионально значимый характер. Оно выступает в ней как инструмент воздействия, и обычные условия и функции общения получают здесь дополнительную «нагрузку», так как из аспектов общечеловеческих перерастают в компоненты профессионально-творческие.

Поэтому педагогическое общение как профессионально – этический феномен требует специальной подготовки не только для овладения технологией взаимодействия, но и для обретения нравственного опыта, педагогической мудрости организации отношений

в различных сферах учебно-воспитательного процесса. Для этого педагогу нужно уметь оперативно и правильно ориентироваться в постоянно меняющихся условиях общения, находить соответствующие коммуникативные решения. Педагогическое общение - это профессиональное общение преподавателя со всеми участниками учебно-воспитательного процесса, которое направлено на создание оптимальных условий для достижения цели, выполнения задач воспитания и обучения [3].

В педагогической деятельности общение выступает как средство решения учебно-воспитательных задач; социально - психологическое обеспечение педагогического процесса; средство организации взаимоотношений преподавателя и студентов, что должно гарантировать эффективность обучения, воспитания и развития личности. В этом контексте педагогическое общение содержит мощный резерв роста профессионального мастерства педагога, совершенствования организации педагогической деятельности и учебно-воспитательного процесса. Педагог в своей деятельности должен быть как источником информации, так и человеком, который познает другого человека или группу людей и является организатором коллективных деятельности и взаимоотношений.

Непосредственное общение - одна из форм взаимодействия преподавателя со студентами и имеет для субъектов взаимодействия личностный смысл, поскольку привлекает их к этому процессу. В процессе общения отмечается на его гуманистической направленности, выделяются познавательная и коммуникативная функции, создание благоприятного психолого-эмоционального микроклимата на занятиях и организация общения преподавателя со студентами и студентов между собой.

Важно создать на занятии благоприятный психолого - эмоциональный микроклимат, который предполагает взаимопонимание преподавателя и студентов, ориентацию на общечеловеческие ценности восприятие человека как высшей ценности (милосердие, развитие умения понимать эмоциональное состояние другого, его восприятия, оказание бескорыстной помощи, соотнесение личного с общечеловеческими интересами), адекватное оценивание своих знаний, умений и навыков и постоянное их совершенствование. Вместе с тем введение в содержание медицинского образования таких ключевых понятий как “гуманизм”, “гуманность”, “гуманисти-

ческая направленность учебного процесса”, “гуманизация” обеспечивает сознательный выбор студентами духовных ценностей, на основе которых формируется индивидуальная система профессионально-ценностной ориентации на взаимопонимание, постоянную помощь другим людям [4].

Следует помнить, что врач-стоматолог должен обладать как элементами психологического воздействия, так и мануальными практическими навыками, которые обеспечивают его непосредственную деятельность. А это требует занятий студентов как на фантомах, так и непосредственно в клинике. Поэтому преподаватель должен направить поведение студентов с учетом сотрудничества с пациентами. Занятия со студентами в клинике обеспечивает преодоление психологического барьера «студент-пациент» и «пациент-студент». Большинство пациентов положительно настроены на сотрудничество со студентами, однако они должны увидеть соответствующую базу знаний и умений, которыми владеют студенты на данном этапе обучения. Поэтому большое значение в обучении студентов-стоматологов имеют занятия в фантомных классах, где они отработывают практические навыки и закрепляют теоретические знания.

Выводы. Итак, учет всех аспектов подготовки врачей - стоматологов, начиная со студенческих рядов, позволит формировать как квалифицированного специалиста, так и всесторонне развитую личность, способную занять должное место в современном обществе.

Список использованной литературы

1. Система профессиональной непрерывной подготовки специалистов для здравоохранения / [В.Ф. Москаленко, Т.Д. Бахтеева, О.М. Беловол и др.].-К.: Книга плюс, 2009.-64 с.

2. Барий М. Й. Основы психологии и педагогики: [учеб. пособ.] / Барий М.Й., Ортынский В.Л. - К.: Центр учебной литературы, 2007. – 217 с.

3. Значение и возможности формирования профессионального мышления у студентов высших медицинских учреждений / [Абатуров, Л.Г. Шостакович-Корецкая и др.] // Проблемы непрерывного профессионального развития врачей и провизоров: материалы докл. науч. конф. с междунар. участием. - К., 2007. - С. 399-400.

4. Гончарова Н.Г. Психофизиологические подходы в технологии обучения студентов-медиков /Гончарова Н.Г., Морозова А.В., Сухомлинова И.Е. // Запорожский медицинский журнал. - 2006. -№6. - С. 162-163.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

**Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Айвазова З.Н.,
Газиева Э.М., Гаджиева Л.А., Азизханова Т.М.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, экономики
здравоохранения, г. Махачкала*

О врачах и их взаимоотношениях с больными сказано уже бесконечно много слов – умных, красивых, искренних, а иногда и очень суровых. По поводу того, как должен и как не должен относиться врач к больному, говорится и в серьезных научных исследованиях и в многочисленных повестях, романах, комедиях, газетных статьях.

В нашей стране все строится на научных основах. Поэтому и отношения врача к больному должны основываться в первую очередь на данных разума и практического опыта.

Врачебная мудрость Древнего Ирана гласила: «Три орудия есть у врача: слово, растения и нож». Не случайно в этом изречении на первом месте поставлено «слово», т.е. воздействие врача на психику больного, на его мысли, настроение, волю. В громадном значении слова (или его эквивалентов: манеры обращения врача, выражения его лица, интонации голоса и пр.) отдавали себе отчет врачи всех времен.

«Слово для человека есть такой же реальный условный раздражитель, как и все остальные», – указывал в своих лекциях о работе больших полушарий головного мозга И.П. Павлов; оно, «благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, приходящими в большие полушария, все их сигнализирует, все их заменяет». И нужно доба-

вить: может заменять двояким образом – действуя положительно или отрицательно. Об этом врач никогда не должен забывать.

О положительном воздействии врачебного слова весьма выразительно говорил [1], вспоминая знаменитого терапевта Сергея Петровича Боткина, в клинике которого он на протяжении ряда лет руководил лабораторией. «Его обаяние среди больных поистине носило волшебный характер: лечило одно его слово, одно посещение больного...» О прекрасных примерах подобного рода вы услышите и прочтаете в своей жизни еще много раз. Да и во время работы в клиниках мединститута неоднократно увидите, как светлеют лица и загораются надеждой глаза тяжелых, отчаявшихся в успехе лечения больных после посещения и участливых, обнадеживающих слов авторитетного в их глазах консультанта.

Болезнь, тем более тяжелая, делает человека, даже самого сильного и рассудительного, слабым и нерешительным, по-детски беспомощным. В его глазах врач является носителем силы, бодрости, уверенности в благополучном исходе заболевания.

Используя достаточно широко в своей практической деятельности различные приемы положительного воздействия на психику больных, врачи, к сожалению, значительно меньше думают о тех условных словесных раздражителях, которые имеют отрицательный характер. Нередко мы забываем, что врачебное слово (или его эквивалент) не только помогает больному побороть свой недуг. В ряде случаев оно может ухудшить или затянуть течение заболевания, а иногда вызвать даже и добавочные болезненные явления. Такого рода явления, причиной которых оказывается врач, получили название ятрогенных [2].

Причины возникновения ятрогенных заболеваний весьма многообразны. Вскользь брошенное неосторожное замечание врача, ненужные разглагольствования в присутствии больного о характере и течении его заболевания, осведомление его о результатах лабораторных, рентгенологических и специальных исследований, преувеличенное представление о их значимости и достоверности легко вызывают у наиболее восприимчивых больных чувство беспокойства, неуверенности, тревожного ожидания, что приводит к ряду нервно-психических и функциональных нарушений [3]. Все приведенные выше примеры достаточно убедительно показывают, как осмотри-

тельно, тактично и продуманно нужно строить отношения медицинского персонала с больными.

Что ищет у своего врача больной? Сожаления, сочувствия, сострадания? Конечно, и этого. Но в первую очередь он ждет помощи, помощи умного и чуткого человека, который способен понять и поддержать его в борьбе с недугом. Сознательно или бессознательно в этих условиях всякий больной предъявляет своему врачу определенные требования. Каковы эти требования? Прежде всего больному хочется видеть у врача постоянное и искреннее желание оказать ему необходимую помощь. Больной хочет, чтобы те немногие минуты, которые врач посвящает ему, были отданы целиком и полностью именно ему, его жалобам, его тревогам. И вся окружающая обстановка, отношение персонала, манера обращения врача, общая дружелюбная атмосфера лечебного учреждения должны показывать, что здесь ему действительно хотят помочь, сделать все возможное для избавления от страданий. Только в таких условиях может окрепнуть доверие к врачу, только в такой атмосфере каждая встреча больного с врачом уже сама по себе приносит облегчение.

Безразличный взгляд, досадливое пренебрежение к жалобам и замечаниям больного, неоправданная спешка с постоянным поглядыванием на ручные часы, разговоры на посторонние темы не способствуют поднятию авторитета врача и не обеспечивают доверия и уважения. При больном врач обязан быть внимательным, сдержанным и благожелательным. Немалое значение в формировании доверия больного к медику имеет и его внешний вид.

Вторым требованием, которому должен удовлетворять врач, является его способность оказать лечебное воздействие на больного. Здесь речь идет не только о достаточной научной и практической подготовке (что, конечно, обязательно), но в первую очередь об умении подойти к больному, установить с ним контакт, выявить и надлежащим образом использовать в борьбе с болезнью резерв физических и моральных сил больного.

Нет стандартных больных. Каждый человек имеет свои личные, неповторимые особенности физического, физиологического, психологического характера. Каждый человек и болеет по-своему. Без индивидуального подхода не может быть ни правильного распознавания болезни, ни эффективного лечения ее.

Для того чтобы внушать доверие, врач всегда должен быть более сильным нравственно, чем больной. Сила его в первую очередь заключается в профессиональной уверенности, оптимизме. Конечно, профессиональная уверенность вырабатывается не сразу. Но начала ее должны быть заложены уже на студенческой скамье. Ибо в основе такой уверенности лежит непоколебимое убеждение в могуществе научной медицины, в неисчерпаемых возможностях эффективного применения ее достижений. Эту уверенность и убежденность бессознательно хочет ощущать в своем враче каждый больной. Разумная уверенность является положительным качеством врача не только вследствие того, что повышает его авторитет в глазах больного, но и потому, что укрепляет в нем самом высочайшее сознание личного и врачебного достоинства.

Современная медицина располагает обширным арсеналом средств и методов, позволяющих свести до минимума неприятные ощущения, связанные с обследованием и лечением больных. Нужно только приучить себя широко и умело ими пользоваться. Выше речь шла о том, как должен относиться к больному врач. Как же должен относиться больной к врачу? Больной должен пунктуально выполнять назначения врача, его советы, рекомендации. В наших условиях больные нередко бывают достаточно осведомлены о применяемых при тех или других заболеваниях современных методах лечения, новейших лекарственных средствах и пр. Поэтому в ряде случаев врачу приходится, не вдаваясь в излишние подробности, в тактичной и достаточно убедительной форме разъяснять больному рациональность и необходимость выполнения всех предписанных ему лечебных мероприятий.

Наконец, больной должен всемерно помогать своему врачу в его усилиях победить болезнь. Существует образное определение, гласящее, что во всяком заболевании участвуют три силы: болезнь, врач и больной. Если две последние действуют заодно, если больной активно помогает врачу, мобилизуя все свои физические и моральные возможности, то болезнь должна отступить. В повседневной врачебной деятельности формы такой помощи бывают различные, а в отдельных случаях и очень своеобразны.

Мы имели возможность остановиться только на некоторых сторонах вопроса о взаимоотношениях врача и больного. Но даже этот беглый обзор показывает, сколь сложны эти отношения, как много

знаний, проницательности и настойчивости требуется от врача, чтобы отношения эти приобрели должный характер и максимально обеспечивали интересы больного в трудной борьбе с постигшим его недугом.

Список использованной литературы

1. Павлов И.П. Письмо к молодежи //Изб. Произв. – М., 1949. – С. 50-51.
2. Сук И.С. Врач как личность. – М.: Медицина, 1984. – 62 с.
3. Этико-психологические проблемы медицины. /Под ред. Г.И. Царегородцева. – М.: Медицина, 1983. – 375 с.

ПРИЧИНЫ И ТИПЫ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ. СПОСОБЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ

Рагимов Р.М.¹, Сулейманова Р.Г.¹, Магомедова У.А.²

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

¹Кафедра нормальной физиологии

²Кафедра общей гигиены и экологии человека, г. Махачкала

Аннотация. Конфликт – это определенный тип общения, который может возникнуть внутри групп в любой ситуации. В данной статье рассматриваются социально-психологические причины возникновения конфликтных ситуаций и способы их урегулирования в организациях и учреждениях здравоохранения. Авторы приходят к выводу, что конфликт является неотъемлемой частью деятельности организации и может иметь как негативную, так и положительную окраску, а управление конфликтами будет более эффективным при изменении подходов к организационным процессам.

Ключевые слова: конфликты в учреждениях здравоохранения, медицинский персонал, сложные навыки, социальное взаимодействие, пути управления конфликтом.

Конфликт – неотъемлемая часть работы медицинского персонала и организаций здравоохранения в целом. Разнородность структуры конфликта делает его выявление и разрешение сложным навы-

ком, необходимым руководителю любой медицинской организации. Конфликты способны повлиять на качество предоставляемых услуг, репутацию отдельного медицинского работника и учреждения в целом, а также вызвать повышенную текучесть кадров.

Манера общения (тон разговора, поведение, дистанция) оказывает прямое влияние на то, **насколько эффективным будет взаимодействие** одного человека с другим (или группой). В конфликтных ситуациях, помимо манеры общения, также важны темперамент, коммуникативные способности, уровень агрессивности индивидуумов. Способность понимать природу конфликтов, различать их и работать над урегулированием является важнейшей составляющей профессионального профиля руководителя организации [3].

Трудовой коллектив состоит из индивидуумов, каждый из которых имеет свой способ взаимодействия с окружающими. Различия в восприятии часто приводят к тому, что люди не соглашаются друг с другом. Многозадачность медицинского персонала и разный уровень информированности вызывают спорные моменты, которые могут перерасти в конфликты. Рассмотрим типы конфликтов, характерные для организаций здравоохранения.

Во-первых, информационные конфликты – когда имеется разная информация или разногласия по поводу того, какая информация актуальна. Это могут быть противоречивые отзывы о враче или учреждении в целом, а также утерянные или отсутствующие медицинские справки, неверно составленный рецепт и др.

Во-вторых, конфликты ценностей – несовместимые системы убеждений или попытки навязать личные ценности другим. Медицинский работник может иметь ряд ценностей в отношении стандартов медицинской помощи, которые, по его мнению, он должен обеспечить. Но нехватка времени и ресурсов может привести к тому, что этого не получается достигнуть. Ценности, как правило, не подлежат обсуждению, и это часто может привести к конфликту между сотрудником и теми, кого он считает ответственным за невыполненные задачи.

В-третьих, конфликты интересов – конкуренция за потребности или ресурсы, такие как финансы или время. Одни пациенты и близжайшие их родственники думают, что их потребности более важны, чем потребности других, и настаивают, что время, отведенное им

медицинским персоналом, распределяется несправедливо, что может вызвать конфликт между сторонами.

В-четвертых, конфликты в отношениях – заблуждения или плохая коммуникация между людьми. Причин для таких конфликтов может быть много, так как стресс, сопутствующий пребыванию в медицинском учреждении, легко порождает неоднозначные ситуации.

В-пятых, структурные конфликты – нехватка ресурсов или возможностей в структуре организации. Медицинские организации часто имеют высокую текучесть кадров, поэтому нехватка персонала и высокий спрос провоцируют конфликт. Персонал начинает чувствовать себя недооцененными, недостаточно обеспеченными ресурсами и не получающим поддержки и возможностей для развития.

В-шестых, конфликт сил (власти). Он возникает тогда, когда каждая сторона пытается показать и сохранить свое максимальное влияние. Это приводит к борьбе за власть, которая может закончиться победой одной и поражением другой стороны, или же тупиком с постоянным напряжением между обеими сторонами. Данный вид конфликта появляется тогда, когда одна из сторон выбирает силовой подход к решению вопроса – ключевое слово здесь «выбирает». Также важно отметить, что элемент властности может проявляться во всех типах конфликтов, поскольку при конфликте стороны пытаются контролировать друг друга.

Итак, конфликт – это одновременное столкновение разных целей, интересов, позиций субъектов взаимодействия, зафиксированных ими в ультимативной форме. Некоторые виды конфликтов вредны, в то время как другие приносят пользу как сотруднику, так и организации. Когда мы думаем о конфликте, мы склонны ассоциировать его с агрессией. В результате можно прийти к ошибочному выводу, что конфликт по своей сути нежелателен.

Действительно, конфликт как социальное действие имеет яркую негативную коннотацию, но в то же время выполняет и важную позитивную функцию – служит выражением протеста, оповещая оппонентов о своих интересах и потребностях. Когда негативные отношения между членами коллектива (или между персоналом и пациентами) находятся под контролем и, хотя бы одна сторона защищает не только свои, но и коллективные интересы, то конфликты помогают объединить сотрудников, поднять моральный дух и в целом улучшить психологический климат всего коллектива. Когда

конфликт помогает выявить противоположные точки зрения, предоставляет информацию, повышает эффективность процесса принятия решений, то это – конструктивный конфликт, и наоборот, если конфликт не мешает достижению целей организации и не удовлетворяет потребности персонала, то он является деструктивным, что, безусловно, снижает личную удовлетворенность персонала, мешает сотрудничеству внутри группы и, как правило, снижает эффективность деятельности всей медицинской организации [1].

Отдельно следует отметить положительные аспекты конфликта:

- способ выявления проблем. Возникновение конфликтной ситуации свидетельствует о наличии той или иной проблемы (или целого комплекса проблем) в отношениях между людьми, группами людей, организациями;

- стимулирование. Скорость и количество перемен в последнее время является беспрецедентным, а вместе с ростом количества перемен растет и психологическое сопротивление. Возможность психики человека приспособиваться к происходящим изменениям огромны, но не безграничны. Поэтому отдельные люди и даже целые группы часто сопротивляются переменам даже тогда, когда они могут принести пользу [2]. Поскольку главными фигурами конфликтов в организациях здравоохранения являются отдельные лица, управление этими конфликтами должно быть личностно - ориентированным, при этом удовлетворенность работой должна являться ключевым показателем приверженности профессии и организации, а этическое поведение – бесспорным фактом.

Чтобы поместить конфликт в контекст, рассмотрим пример сценария конфликта. Санитар один работает в ночную смену. Два пациента из разных палат одновременно нажимают кнопку вызова. Санитар отвечает на первый звонок. Выходя из палаты пациента, он замечает двух медсестер на посту, разговаривающих между собой. Когда он проходит мимо них, одна медсестра делает ему замечание, почему он не отвечает на звонок пациента, который давно звонит. Эта ситуация кажется структурным конфликтом, поскольку санитар в этот момент чувствует себя угнетенным персоналом, занимающим более высокое положение. Однако также это может быть и конфликт отношений – неправильное понимание ситуации. Медсестра может не знать, в этот день санитар дежурит один и, что звуковых сигналов вызова было несколько. В этой ситуации санитар может

обидеться, а затем пожаловаться руководителю на бестактность персонала, но может и спокойно обсудить ситуацию и попросить дополнительную поддержку, если это необходимо [5].

Сотрудники любого уровня могут пользоваться моделью Томаса-Килманна (ТКИ) для управления конфликтом. Данная модель является основным инструментом при определении тактики поведения в конфликтных ситуациях и помогает определить, какие способы разрешения конфликтов (**избегание, приспособление, соперничество, сотрудничество и компромисс**) наиболее подходят для каждого конкретного случая [4]. Однако, всегда стоит помнить, что лучший способ управлять конфликтом – это стремиться погасить его или хотя бы уменьшить интенсивность.

В условиях реформирования системы здравоохранения пути разрешения конфликтов в медицинских организациях включают необходимость изменений практически во всех сферах деятельности: организации труда, управлении, системе оплаты. Роль лидера в управлении конфликтом здесь имеет решающее значение. Руководитель организации может относиться к конфликту пассивно, надеясь, что ситуация «разрешится сама собой». Действительно, в некоторых случаях избегание конфликта может быть полезным. Но, с другой стороны, оно препятствует разрешению вопроса и может привести к более серьезным проблемам [6]. Поэтому руководитель должен стремиться не избегать конфликтов, а эффективно ими управлять. Если конфликт уже возник, то к нему следует относиться как к спутнику прогресса и перемен.

Список использованной литературы:

1. Ермашук А.В. Социально-психологические причины межличностных конфликтов в медицинских учреждениях. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36941470>;
2. Овчинникова Т.М. Конфронтация в управлении конфликтом // Манускрипт. 2021. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konfrontatsiya-v-upravlenii-konfliktom>;
3. Сигарева И. Ю. Конфликты в медицинской практике. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47742906>;
4. Томас К., Килманн Р. (в адаптации Н. В. Гришиной) Методика Томаса – Килманна на выявление ведущего поведения в конфликтной ситуации. URL: <https://www.nekrasovspb.ru/doc/18tomas-kilmen.pdf>;

5. Шакирова Д.М., Султанова Г.М., Томашова А.Г., Иванова К.В., Имашева Ш.Е., Иванова Ю.А. Анализ конфликтной среды внутри коллектива на примере персонала медицинского учреждения // НК. 2021. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-konfliktnoy-sredy-vnutri-kollektiva-na-primere-personala-meditsinskogo-uchezhdeniya>;

6. Fadi Smiley Leadership Guide on Conflict and Conflict Management. URL: <https://ohiostate.pressbooks.pub/pubhhmp6615/chapter/leadership-guide-to-conflict-and-conflict-management/>.

ПРИЧИНЫ И ТИПЫ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ. СПОСОБЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ

**Абиева Э.Г., Магомедова З.М.,
Нурмагомедов И.С., Магомедов Г.Т.**

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

«Конфликты неизбежны в любых отношениях между людьми», - утверждал известный аргентинский психотерапевт XX века Букай Хорхе. *Конфликт - это столкновение в той или иной ситуации противоположных интересов, норм поведения, а также потребностей.*

Это актуальная нравственная проблема, поскольку в жизни медицинских работников часто возникают конфликтные ситуации, виновником которых зачастую является врач, не сумевший наладить психологический контакт с больным.

Конфликтные ситуации в медицине можно рассмотреть на системе врач-больной, которая также заключается в столкновении точек зрения. По данной системе конфликты можно разделить на: объективные, субъективные и нереалистичные

Объективный конфликт обусловлен тем, что пациент не получает обещанного результата, а также несправедливым распределением преимуществ (отказ пациенту в госпитализации, в обеспечении льготных медикаментозных средств и др.).

Субъективный конфликт вызван тем, что зачастую ожидания пациента не совпадают с реальностью.

Примером может послужить то, что со стороны медицинского персонала пациент видит халатность, грубость, нарушение санитарно-гигиенических норм и так далее.

Нереалистический конфликт *связан со скептическим и предвзятым отношением пациента к медицинскому учреждению, в последующем он способен преобразиться во враждебность и неприязнь.*

Цель нереалистического конфликта – *снять напряжение, разрядиться, «выпустить пар».*

Нереалистический конфликт возникает исключительно из-за агрессивных импульсов, требующих конкретного выражения. А предмет выбирается спонтанно. После разрядки сила агрессии снижается, этот конфликт, как правило, заканчивается.

К сожалению, не каждый пациент, приходящий на приём, верит в то, что врач хочет излечить его. Порой это бывает выражено открыто: "Лекарства -это зло», "Я не доверяю докторам".

Почему возникают конфликты?

Часто пациент еще до встречи с врачом получает установку из самых разных источников:

1) диагноз по интернету: сейчас легко можно найти сведения о любой болезни и способах её лечения. Когда же пациент слышит от врача иное мнение конфликта не избежать.

2) осторожное отношение к анализам: иные пациенты, проходя обследования, самостоятельно расшифровывают результаты. Приходя к врачу, они уже устанавливают себе диагноз, который может не совпасть с мнением специалиста.

3) негативна роль некоторых публикаций в СМИ: сейчас миллионы безгранично доверяют статьям и передачам, в которых зачастую врачи предстают как люди, халатно относящиеся к своему делу, стремящиеся к выгоде. Естественно, что после ознакомления с подобной информацией пациент будет настроен критически.

4) «Пациент всегда прав». Приходя к врачу больной надеется получить объективную информацию о состоянии здоровья и действенные рекомендации по лечению. Не получая этого, он может спровоцировать конфликтную ситуацию.

Чтобы погасить негативные эмоции пациента, смягчить конфликтную ситуацию, необходимо выяснить причины конфликтного взаимодействия. Вот их основные группы: объективные (общие),

структурно-управленческие (организационные), социально - психологические, субъективные (внешние обстоятельства).

Часто объективные причины становятся преддверием конфликтной ситуации. Причины их разнообразны: образ жизни, быстрые и не желательные перемены, материальная неустроенность, конфликт интересов личностей, недостаток духовных и материальных благ для нормальной жизни людей и др.

Структурно-управленческие включают несколько факторов: структурно-организационные, функционально-организационные, личностно-функциональные, ситуативно-управленческие.

К социально-психологическим относятся такие причины: стремление одного из оппонентов к власти, психологическая несовместимость личностей, проблемные межличностные отношения, конкуренция между группами и людьми.

Субъективные причины связаны с индивидуально - психологическими особенностями оппонентов. Человек не хочет компромиссного решения проблемы, выбирает стратегию противодействия.

Стадии конфликта.

Детально выделил их последовательность известный учёный XX века А.С.Кармин. Он различал: пред конфликтную ситуацию, инцидент (начало конфликта), эскалацию, кульминацию («взрывной» эпизод), завершение конфликта и постконфликтную ситуацию.

Решение противоречий для каждого из участников сопряжено с затратами времени, сил и энергии.

Задача врача снизить уровень агрессии пациента. Больной видит в его лице защитника, который поможет справиться ему с недугом, поэтому врачу следует стараться понять его, поддержать, проявить сочувствие и уважение. Надо отвечать на все вопросы, давать пояснения по каждому анализу и назначаемым лекарствам. Рекомендуется чаще использовать фразы: «Я вас понимаю, продолжайте», «Можете тут подробнее рассказать, пожалуйста?». Таким же способом можно выяснить причину, из-за которой пациент не прислушался к назначенному лечению: «Что вам помешало следовать моим рекомендациям? Давайте выберем удобный алгоритм, который приведёт к хорошим результатам».

Очень важно активно слушать пациента, обращаться к нему по имени. Если пациент пришел с готовыми анализами, стоит похва-

лить его за самостоятельность, трепетное отношение к здоровью и следование рекомендациям врачей.

Грамотный врач, безусловно, знает о типах конфликтных личностей. Так, демонстративный вид стремится быть центром событий и часто становится инициатором споров; Ригидный тип обладает высокой самооценкой, обидчив, вымещает зло на других людях; Неуправляемый тип ведёт себя вызывающе, игнорирует нормы поведения, считает виновными в своих неудачах других, не извлекает уроков из ситуаций; Сверхточный тип болезненно чувствителен и обидчив, мнителен; Бесконфликтный тип - это «слабый», стремящийся всем угодить, неосознанно создающий новые конфликты.

Как урегулировать конфликтную ситуацию?

Для этого нужно знать правовые нормы, а также модели поведения разных людей в различных обстоятельствах. Полезно применять «Метод пяти "П"»:

1. Позволить пациенту высказаться

Выплеск эмоций помогает погасить конфликт в зародыше.

2. Признать его мнение

Во время разговора дайте ему понять, что разделяете его огорчение или недовольство.

3. Прояснить ситуацию и разобрать её по фактам

4. Проверить, правильно ли вы оцениваете обстановку

5. Предложить выход из конфликтной ситуации

Можно заменить местоимения «я» и «вы» на «мы» - это покажет, что вы заодно с пациентом и заинтересованы в разрешении конфликта.

В заключение признаем, что конфликты неизбежны в любой сфере. Но во взаимоотношениях врача и пациента особенно важно умение правильно выходить из острых ситуаций. В любом разговоре можно найти компромисс, иными словами прийти к общему решению. Желательно помнить, что «в основе всех наиболее значительных изменений лежит компромисс» (С.Смит)

Список использованной литературы:

1. Культура конфликтного взаимодействия [Электронный ресурс]-Режим доступа: http://www.fa.ru/org/dpo/vsgu/Documents/uslugi/4.18.4_Тема%207.pdf

3. Причины возникновения конфликтов [Электронный ресурс]-Режим доступа: <https://zaochnik.com/spravochnik/menedzhment/psihologija-upravlenija-personalom/prichiny-konfliktov/>

4. Последовательность и стадийность конфликта [Электронный ресурс]-Режим доступа: <https://www.litmir.me/br/?b=118027&p=4>

5. Способы урегулирования конфликта [Электронный ресурс]-<https://medznanie.ru/article/o-meditsine/kak-reshit-konflikt-vracha-i-pacienta>

ПРОФИЛАКТИКА КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гасанова М.А., Омарова Х.О., Хижалова З.Т., Ахмедова Э.А.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

*Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии,
г. Махачкала*

В сегодняшней стоматологии актуальны вопросы изучения адаптационных и коммуникативных способностей человека. В своей работе врачу-стоматологу часто приходится сталкиваться с конфликтными ситуациями. И чем более продолжительное время это происходит, тем больше риск развития синдрома эмоционального выгорания. В связи с чем, специалисту очень важно обладать способностью своевременно разрешать возникающие конфликты и стремиться к освоению тактик их урегулирования. Различные конфликтные ситуации с прямым либо косвенным участием стоматолога и медицинского персонала могут происходить на всех этапах оказания медицинской помощи. Нередко могут возникнуть конфликтные ситуации, перерастающие в конфликты, при которых взаимные противоречия становятся для нас личными. В современной стоматологии немаленький процент разногласий приводит к юридическим требованиям материальной компенсации и длительных, дорогостоящих судебных процедур. Поэтому всем медицинским работникам, особенно тем, которые работают в непосредственном контакте с пациентами, рекомендовано освоить специаль-

ные навыки межличностного общения, желательно предвидеть потенциальную конфликтную ситуацию, уметь ее анализировать, а также владеть методами и способами решения их. Для наиболее правильного управления конфликтом медицинский профессионал должен использовать как коммуникативные навыки общения, так же и навыки преодоления негативного взгляда на ситуацию, т.е. «трезвый» взгляд со стороны.

В современной психологии выделяют пять стратегий поведения в конфликтной ситуации: конкуренция, избегание либо уход, приспособление, сотрудничество, компромисс.

С целью выявления склонности к использованию определенных стратегий разрешения конфликтов было проведено исследование. В нем приняли участие 43 стоматолога, среди них 14 хирургов и 29 терапевтов (13 мужчин и 30 женщин). Все они работают в многопрофильных поликлиниках г. Махачкала. Для детального изучения предрасположенности к конфликтному поведению использовался опросник К. Томаса. Автором предложен двухмерную модель регулирования конфликтов. Наиболее предпочтительными измерениями данной модели являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей в конфликтной ситуации, и стремление к защите собственных интересов. Исходя из этого выделяют пять основных способов урегулирования конфликтов: соперничество, приспособление (принесение в жертву своих интересов), компромисс, избегание, сотрудничество (соблюдение интересов обеих сторон). Для эффективного разрешения конфликтной ситуации желательно владение всеми перечисленными способами, так как в каждом конкретном случае какой-то определенный стиль поведения является продуктивным в данной конкретной ситуации и с данным партнером.

При опросе выявлено, что из пяти способов выхода из конфликтной ситуации стоматологи наиболее часто прибегают к избеганию — его применяла почти половина (48%) врачей. А вот такой способ как сотрудничество основным способом разрешения конфликта использовали лишь 16% врачей, соперничество — 17%, компромисс — 11% опрошенных мед.работников. Смешанные стратегии применили 18 % стоматологов, приспособление не использовалось ни разу. Что говорит нам о том, что для стоматологов нашей выборки было нехарактерно поступаться своими интересами в пользу партнера в конфликтных ситуациях. Мужчины-стоматологи наибо-

лее часто прибегали к таким стратегиям, как соперничество (26%) и смешанные стратегии (также 28%), что свидетельствует о гибкости подхода к разрешению спорных вопросов и склонности к отстаиванию своих интересов.

Систематическое психическое напряжение напрямую связано со склонностью стоматолога постоянно уходить от разрешения сути конфликта, это влечет за собой эмоциональное истощение. Систематическое упрямое отстаивание своих интересов в конфликтной ситуации в ущерб интересам партнеров (коллег, администрации, пациентов) может быть связано с отрицательным отношением врача к своим должностным обязанностям (например: уменьшением удовлетворения от работы по специальности, обесцениванием результатов труда и снижением профессиональной самооценки). Результаты исследования позволили сделать следующие выводы:

- Отмечается гендерное влияние на выбор той или иной стратегии для разрешения конфликтов. Для женщин наиболее характерно избегание, для мужчин — соперничество и применение различных стилей поведения в зависимости от конкретной обстановки.

- Врачи -стоматологи в конфликтной ситуации не поступают своими интересами в пользу партнера в большом проценте случаев.

- Врачи-стоматологи практически не использовали в своей практике стратегию сотрудничества.

Следует заметить, что полученные данные позволяют выявить лишь общие тенденции, характеризующие применение определенных стилей урегулирования конфликтов в стоматологической практике. Осознанное и целенаправленное использование стоматологами определенной стратегии поведения может способствовать эффективному разрешению конфликтов с пациентами и коллегами. Наше общество нуждается в качественной стоматологической помощи, принимая во внимание накопленный опыт по обучению студентов стоматологических факультетов психологическим основам межличностного общения, считаю целесообразным рассмотреть возможность использования этого опыта и в нашей системе стоматологического обучения. Такая дисциплина как «Психологические основы взаимодействия врача и пациента» входит в программу изучения по курсу «Педагогика и психология» для студентов стоматологического факультета и факультета средних профессиональных стоматологических специальностей (зубные техники, гигиенисты).

Дисциплина посвящена проблемам, которые в настоящее время пользуются повышенным исследовательским интересом, — взаимопониманию и налаживанию рабочих контактов между стоматологом и пациентом, возможным рискам во время амбулаторного приема. Опыт свидетельствует, что конфликты, связанные с неумением общаться с пациентом и завоевывать его доверие, возникают гораздо чаще всех остальных (ошибок врачебных, ведения документации, организационных и пр.).

Конструктивные виды решения конфликтов: выбор вариантов

Основная цель стоматолога состоит не в том, чтобы уйти от конфликта, который теоретически возможен во всех общественных отношениях и ситуациях внутреннего выбора, а в умении опознать конфликт и управлять им с целью получения наилучшего результата. Для анализа конкретного конфликта, его динамики важно выделить всех субъектов конфликта, а также субъекта, инициирующего конфликтное действие и доминирующего в этом действии. Причем это не всегда один и тот же субъект. Спровоцировавший конфликт как правило оказывается не ведущим, а ведомым. Только полностью осознавая ситуацию, можно приступать к ее решению:

1. проанализируйте конкретную ситуацию;
2. выберите подходящую стратегию, оцените ее возможные результаты и последствия;
3. приступайте к разрешению конфликтной ситуации;

Стратегия, выбранная врачом, зависит от множества факторов: важности конкретного решения, от оценки нужд и желаний всех субъектов конфликта, от стадии конфликта, а также от характера эмоций, проявляемых в конфликте. Чем серьезнее конфликты, тем они более эмоциональны. Основным и наиболее главным шагом к разрешению уже разгоревшегося конфликта является снижение порождаемых им отрицательных эмоций, как собственных, так и других людей.

Для повышения эффективности разрешения и профилактики конфликтов можно, например, использовать правила бесконфликтного поведения, изложенные Громовой О.Н.

- Адекватно оценивать собственные действия и действия оппонента, избегая ложного восприятия своих и его поступков в виде

«иллюзии собственного благородства», «поиска соломинки в чужом глазу», двойного стандарта оценки.

- Взглянуть на ситуацию глазами оппонента, чтобы понять (не обязательно принять) его точку зрения.

- Не выносить оценочные суждения по поводу действий и высказываний оппонента, чтобы не вызвать его агрессивной реакции.

- Вовлекать даже малокомпетентного оппонента в обсуждение спорных вопросов, чтобы дать понять: его позиция уважаема, он на равных участвует в поиске решения и отвечает за него.

- Лично информировать оппонента о своей позиции и интересах, чтобы не вынуждать его пользоваться искаженными или ложными сведениями и избежать связанных с этим недоразумений.

- Не допускать в общении с оппонентом проявления негативных эмоций, при потере контроля над эмоциями прекращать обсуждение до восстановления контроля, чтобы не вызывать со стороны оппонента симметричных эмоциональных реакций.

Стратегия разрешения конфликтной ситуации путем сотрудничества требует от вас следующих четырех шагов.

1. Установить, какая потребность стоит за желаниями (претензиями) обеих сторон.

2. Узнать, в чем разногласия компенсируют друг друга (иногда проблема сама решается на этом этапе).

3. Способствовать совместному решению проблемы («не противники, а партнеры»).

4. Разработать новые варианты решений, наиболее удовлетворяющие потребности каждого.

Сотрудничество не всегда приводит к успеху, но если вы начнете решение конфликтной ситуации таким образом, то, скорее всего, достигнете большего.

Австралийская организация по разрешению конфликтов, созданная в 1986 году, разрабатывает и внедряет навыки, помогающие перейти от конфронтационного мышления к сотрудничеству. Это приемы, эффективно применяемые в личной жизни, на работе, в международных отношениях. Вот некоторые из них.

- Хочу ли я разрешить конфликт? (Будь готов решить проблему.)

- Вижу ли я всю картину или только свой уголок? (Смотрите шире!)

- Каковы нужды и опасения других? (Опишите их объективно.)

• Каким может быть объективное решение? (Варианты решения — придумайте их как можно больше. Отберите те, которые наиболее соответствуют нуждам всех участников.)

• Можем ли мы решить это вместе? (Давайте вести дело на равных.)

• Что я чувствую? (Вы чересчур эмоциональны? Можете ли вы: а) посмотреть на факты, б) дать остыть эмоциям, в) поделиться своими чувствами?)

• Что я хочу изменить? (Будьте честны. «Нападайте» на проблему, а не на личность.)

• Какие новые возможности открываются передо мной? (Смотрите не на минусы, а на плюсы.)

• Как бы я чувствовал себя на их месте? (Дайте знать другому, что вы понимаете его.)

• Нужен ли нам нейтральный посредник? (Поможет ли третье лицо лучше понять друг друга и прийти к обоюдоприемлемым решениям.)

• Как мы оба можем выиграть? (Ищите решения, учитывающие нужды всех участников.)

Очень даже часто бывает, что напряженность в отношениях возрастает настолько, что общение, а тем более разрешение конфликта кажется абсолютно невозможным. Каждая из сторон начинает угрожать, принуждать и мстить. Подобные действия вызывают ответные ходы, что приводит к эскалации конфликта. Тот, кто в такой ситуации пытается предложить сотрудничество, воспринимается как слабый, проигравший и подвергается эксплуатации. Стратегия сотрудничества теряет эффективность в ситуациях, где конфликт перестает быть просто средством достижения целей противостоящих сторон, но становится самоцелью. Это происходит в тех случаях, когда открытому столкновению сторон предшествует длительно накапливавшееся напряжение или враждебность. Тогда конфликт становится средством их выражения. Фактически в этих ситуациях сама возможность выражения накопившихся враждебности и эмоций является для участников более важной, чем сам предмет конфликта. Помните, что гораздо легче разрешить конфликтную ситуацию, чем конфликт.

Список использованной литературы:

1. Лукацкий М.А., Остренкова М.Е. Психология: учебник, М.: Эскимо, 2007. — 416 с.
2. Кудрявая Н.В. Психология для стоматологов. — М., 2007. — 394 с.
3. Сорокин Е.А. Квалифицированное общение врача – стоматолога с пациентом //Бюллетень медицинских Интернет – конференций. – том 8 №2, М., 2018 г. – с. 66
4. Аветисян Р.Р. Психологические аспекты общения в стоматологии // Гуманитарные, социально – экономические и общественные науки. - № 9, М., 2014 г. – с 56

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ ЧЕРЕЗ АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ

Полудень Н.Л.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Кафедра психологии и педагогики, Республика Беларусь, г. Гродно*

Образование сегодня направлено на развитие мобильной личности, способной к творчеству, к постоянному саморазвитию и самосовершенствованию. Это становится возможным с использованием таких методов и технологий, которые обеспечивают усиление мотивации, стимулирование творческого потенциала, выявление и использование личностных ресурсов для достижения успеха в деятельности, формирование стремления к самосовершенствованию и саморазвитию [10].

В настоящее время в системе высшего медицинского образования имеются серьезные противоречия между целями формирования всесторонне развитой творческой высокопрофессиональной личности специалиста и реальными возможностями современной предметной системы обучения; между необходимостью сформировать высокопрофессиональную, духовно-нравственную, гуманную личность медицинского работника и существующей предметной системой обучения, а также отсутствием интегративных курсов, обеспечивающих целостное восприятие изучаемого; между потребностью

в конкурентоспособных специалистах, обладающих высокой коммуникативной компетентностью, владеющих эффективными коммуникативными технологиями, и недостаточным уровнем подготовки студентов в этом аспекте; между важностью лично ориентированного подхода к коммуникативному взаимодействию в диаде «медицинский работник (младший, средний и высший персонал) – пациент» и реальной ситуацией коммуникации [8].

Развитие коммуникативных навыков представляет собой важную самостоятельную задачу профессионального образования, нацеленного на способности врача к улучшению психологического взаимодействия с пациентом, способствующего формированию конструктивного сотрудничества, оптимизирующего сбор и анализ клинических данных, позитивно влияющего на эффективность лечебно-профилактических мероприятий [1,3].

Таким образом, коммуникативные навыки – это не дополнительные или выборочные черты характеристики специалиста. Они являются необходимыми и занимают ведущее место в эффективной медицинской практике. Коммуникативные навыки наиболее эффективно преподаются с использованием активных методов обучения, которые включают ролевые игры, моделируемые ситуации, работу со стандартизированными и симулируемыми пациентами, работу с реальными больными «standardized patient» [5,9].

Преимущество методов технологии активного обучения очевидно. Вместе с тем активными являются не методы, активным является именно обучение. Оно перестает носить репродуктивный характер и превращается в произвольную внутренне детерминированную деятельность учащихся по наработке и преобразованию собственного опыта и компетентности.

Активными методами обучения являются те, при которых деятельность обучаемого носит продуктивный, творческий, поисковый характер, тем самым обеспечивается способность к самореализации, уверенность в себе, осознание своей уникальности и своего предназначения. При использовании активных методов обучения меняется роль ученика – он становится активным участником образовательного процесса. Эта новая роль и свойственные ей характеристики позволяют на деле формировать активную личность, обладающую всеми необходимыми навыками и качествами современного успешного человека [2].

В основе активных методов обучения лежит диалогическое общение, как между преподавателем и студентами, так и между самими обучающимися. А в процессе диалога развиваются коммуникативные способности, умение решать проблемы коллективно, и самое главное развивается речь обучаемых.

При разумном использовании активных методов значительно повышается развивающий эффект обучения, создается атмосфера напряженного поиска, что вызывает у студентов и преподавателя массу положительных эмоций и переживаний [4].

К активным методам обучения относятся: «мозговой штурм», метод погружения, деловая игра (драматизация как один из вариантов деловой игры), семинар-дискуссия, анализ конкретных ситуаций, фундаменталистский метод, метод дерево решений, метод «сократический диалог», метод «займите позицию», метод «цепочки» и др. Каждый из перечисленных методов имеет свои специфические особенности. Рассмотрим особенности некоторых из них. Фундаменталистский метод: вырабатывает умения выразить, выдвигать идеи или аргументировать ответ. Суть данного метода заключается в том, что фундамент создается основаниями идей. Поэтому фундаменталистский подход состоит в поиске научных или иных могучих оснований исследуемой идеи. Это укрепляет уверенность в ее существовании, связывает с более сильными, утвердившимися идеями, мобилизует известные знания, укрепляет студентов в понимании совершенства идей. Метод мозгового штурма: организация коллективной мыслительной деятельности по поиску нетрадиционных путей решения проблем. Данный метод вырабатывает умение концентрировать внимание, мыслительные усилия на решении конкретной задачи, а также формирование опыта коллективной мыслительной деятельности и умение работать в малой группе. Метод «сократический диалог»: формулирует управленческую проблему и разбирает альтернативные подходы, умение отстаивать свою точку зрения, публично выступать, а также умение слушать и развивать мышления. Метод «Цепочки». Студентам дается задание раскрыть проблему по следующим вопросам, отвечая по цепочке: «Кто?», «Что?», «Где?», «Когда?» и т.д. В зависимости от темы преподаватель варьирует, добавляет вопросы самостоятельно. Данный метод позволяет формировать умение описывать ситуацию, умение мобилизации и умения выделять главное, выступать и т.д. [4,6].

Все рассмотренные выше методы предполагают самостоятельную познавательную деятельность студентов, направленную на решение поставленной проблемы, учебного задания и т.д. Они помогают формировать опыт поиска решений в нестандартных, разнообразных ситуациях, которые часто возникают в медицинской практике. Позволяют студентам по-настоящему «прожить» учебный процесс, научить студента думать, оценивать, принимать решение и нести ответственность. Результатом применения активных методов обучения является увеличение опыта творческой деятельности, готовность к практической активной деятельности, умение моделировать и принимать профессиональные решения [5].

Современные условия предъявляют к выпускникам новые требования, среди которых все больший приоритет получают требования системно организованных, интеллектуальных, коммуникативных, рефлексизирующих, самоорганизующих начал.

«Знание, будучи разделенным на отдельные предметы и дисциплины, приводит к искусственному разделению отдельных подходов к знанию». Нужно учитывать «не только знание и содержание, но также и коммуникативные навыки и компетенции» [3,7].

Грамотное использование педагогом разнообразных активных педагогических методов позволяет сделать учебный процесс обучения не только интересным для студентов, но и результативным. Возрастает уровень познавательной активности, усваиваемые знания носят гибкий характер, развивается критическое мышление и формируется способность к принятию творческих нестандартных решений.

Список использованной литературы

1. Анкваб, М.Ф. Формирование профессиональной коммуникативной компетентности будущих врачей в условиях региона: автореф. дис. ... канд. пед. наук. Владикавказ, 2012. С. 3–8.
2. Беспалько, В.П. Педагогика и прогрессивные технологии обучения/В. П. Беспалько. - М.: Издательство ИРПО МО РФ, 1995. – 336 с.
3. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 28.04.2020).

4. Вербицкий, А.А. Активное обучение в высшей школе: Контекстный подход: Метод. пособие. – М.: Высшая школа, 1991. – С. 127 - 130.

5. Горшунова, Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 36–37.

6. Кукушин, В.С. Теория и методика обучения: учебное пособие / В.С. Кукушин. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2005. – 474 с.

7. Михайлюк, Ю.В., Хриптович В.А., Манулик В.А. Формирование коммуникативной компетентности у студентов медицинского вуза (теоретические и практические аспекты): учеб.-метод. пособие. Минск: БГМУ, 2015. – 68 с.

8. Телеусов М.К., Досмагамбетова Р.С., Молотов-Лучанский В.Б., Мациевская Л.Л. Сферы компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентность: Коммуникативные навыки: метод. рекомендации. Караганда, 2010. – 46 с.

9. Цветкова, Л.А. Коммуникативная компетентность врачей педиатров: автореф. дис. ... канд. психол. наук. СПб., 1994. – 23 с.

10. Чуб, Е.В. Компетентностный подход в образовании // Инновации в образовании. - 2008. - № 3. - С. 21 – 26.

РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИОННЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ

Алиева Л.А., Османова Ф.М., Гасанова Л.Г.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России*

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Кафедра стоматологии детского возраста, г. Махачкала

На современном этапе развития высшего медицинского образования требуется использование принципиально новых форм и методов обучения. Общество ждет специалистов профессионалов, которые будут конкурентно способны на рынке труда. В задачи преподавателя входит активизировать самих студентов, повысить их мотивацию.

вадию к освоению новых знаний. Необходимо добиваться наглядности преподавания.

Предмет «Формирование здорового образа жизни» - это новый вариативный цикл, необходимость которого продиктована реалиями современности. С 2019 года в Российской Федерации реализуется Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Целью данного проекта является внедрение эффективных подходов, программ и мер, направленных на укрепление здоровья населения на популяционном уровне [1]. Приверженности здоровому образу жизни придерживается небольшая часть населения. Так согласно докладу «О состоянии санитарно - эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2021 году», примерно 78,5 миллиона человек, или 54 процента населения, подвергаются воздействию факторов нездорового образа жизни. Сильнее всего на россиян влияют такие факторы, как несбалансированное питание, употребление алкоголя и курение. Вредные привычки, в свою очередь, оказывают влияние на распространенность болезней органов дыхания, кровообращения, пищеварения, эндокринной системы, а также различных травм и отравлений [2].

Целью изучения нашей дисциплины является- совершенствование у обучающихся компетенций по формированию здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, необходимых для самостоятельной работы по обеспечению потребностей населения в профилактической помощи. Задачами является формирование и совершенствование знаний о ЗОЖ как основе профилактики ХНИЗ с позиции концепции факторов риска; овладение инструментами определения факторов риска ХНИЗ и их целевых значений для конкретного пациента, оценки абсолютного и относительного суммарного риска развития осложнений; совершенствование знаний и умений по установлению групп здоровья, групп диспансерного наблюдения граждан с выявленными ХНИЗ и факторами риска их развития, а также о проведении необходимых профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятиях по отношению к ним; совершенствование навыков профилактического консультирования пациентов (в т.ч. углубленного, индивидуального и группового) при осуществлении этапов диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансерного наблюдения;

развитие мотиваций на повышение уровня здорового образа жизни; овладение современными способами оздоровления и профилактики болезней; формирование стиля жизни обеспечивающего саморазвитие здоровья и безопасность жизнедеятельности; приобретение знаний и практических умений для обеспечения здоровьесберегающей деятельности.

Студенты, изучая предмет и овладевая навыками профилактического консультирования, сами в какой-то мере повышают свою медицинскую активность и приверженность здоровому образу жизни. То, что предмет является факультативным элективным курсом упрощает задачи преподавателя, позволяя внедрить альтернативные методы обучения. Преподаватель не ограничен строгим регламентом промежуточных аттестаций коллоквиумов и тестов, есть свобода творчества. Все это дает возможность разнообразить средства и методы преподнесения информации. В рамках нашей дисциплины могут быть применены разнообразные методы обучения, например, это самостоятельная организация телеграмм-канала по пропаганде ЗОЖ, или совместный выпуск санитарного бюллетеня, монтаж и верстка листовок, флаеров, плакатов, организация акций и марафонов в поддержку ЗОЖ.

Одним из ключевых моментов обучения являются отработки практических навыков. Всем известны трудности, с которыми столкнулись клинические кафедры в плане демонстрации и использования пациентов для обучения. Пациент имеет право отказаться от содействия обучению студентов, в связи с принятием закона защиты прав потребителей медицинской помощи, права застрахованных, о защите информационных данных. Обучение с использованием пациентов с каждым годом становится все труднее, многие исследователи видят альтернативный путь в широком внедрении симуляционных методов обучения. Но большинство придерживается мнения, что обучение без пациента-это не обучение. Кроме отработки практических навыков и манипуляций важно само общение будущего врача с пациентом. Обучение должно проходить в естественной больничной среде, иначе оно не будет эффективным. Даже применяя самые современные средства симуляционного обучения мы не заменим живого человеческого общения между врачом и больным. Те, студенты, которые не имели достаточного опыта общения с пациентом, со средним и младшим медицинским персоналом будут испытывать серьезные

трудности в профессиональной деятельности. Может даже выработаться психологический барьер в общении.

При прохождении нашего предмета мы придерживаемся принципа лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать, а еще лучше, когда есть возможность сделать самому. Центр общественного здоровья и медицинской профилактики предоставил возможность студентам нашего ВУЗа ознакомиться с основными видами профилактической работы. Студенты совершенствовали навыки профилактического консультирования пациентов, в т.ч. углубленного, индивидуального и группового, при осуществлении этапов диспансеризации. Они самостоятельно, под контролем опытных врачей-методистов по гигиеническому воспитанию населения проводили опрос, осмотры, антропометрию, динамометрию, биоимпеданс, определение индекса массы тела. В Центре Здоровья обследовали и самих студентов на выявление риска хронических неинфекционных заболеваний, дали каждому профилактические рекомендации.

Такое сотрудничество между ВУЗом и Центром общественного здоровья и медицинской профилактики пойдет на обоюдную пользу. Ведь лечебные учреждения, как и сами ВУЗы в такой же мере должны быть заинтересованы в повышении уровня знаний у будущих врачей. Завтра эти студенты пополнят ряды специалистов и будут бок о бок с коллегами работать в практическом здравоохранении.

Организаторы здравоохранения всех уровней должны уделять вопросам повышения развития коммуникационных навыков и основ врачебной этики и деонтологии пристальное внимание. Так как показывает практика, самое большое количество жалоб пациентов на медицинское обслуживание связано с невежливым общением, нарушением этики и деонтологии.

Список использованной литературы

1. Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика / Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики, под редакцией О.М. Драпкиной, О.О. Салагая. // М.: 2021., С. 12.

2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году. / Государственный доклад. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека // М.: 2021., С. 15.

СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА И ПАЦИЕНТА

Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г., Ахмедова А.Р.,
Шамов З.М., Мусаева Ш.М.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Кафедра госпитальной терапии № 1, г. Махачкала*

Введение. Значимость психологических факторов взаимоотношений врача и пациента определяется фактом их влияния на результаты и качество медицинской помощи. В отношениях между врачом и пациентом существует модальность психотерапии, обусловленная взаимным влиянием на мысли, эмоции и поведение. Психологические факторы способны повышать и, наоборот, ухудшать комплаентность и удовлетворенность пациента. Положительные или отрицательные последствия общения возникают из-за того, что отношения связаны с эмоциями, имеющими физиологический субстрат. Они способны играть основополагающую роль в процессе оказания медицинской помощи. Навыки общения являются фундаментальными элементами для постановки диагноза и лечения. Различное психологическое поведение пациента и врача (вербальное и невербальное общение, аффективное поведение, убеждение, эмпатия, умение слушать и т.д.) приводит к разным типам отношений между ними.

Социальный субстрат отношений «врач-пациент»

Социальная психология занимается изучением поведения человека в обществе и различных социальных группах; его восприятием других людей, общением с ними и влиянием на них [2]. Во взаимоотношениях врача и пациента социологические и психологические рамки поведения пересекаются. В человеческом обществе нет психологической реальности, которая не была бы вставлена в реальность социальную. Совпадения и противоречия между обоими составляющими объясняют разнообразие отношений между врачом и пациентом с их разными способами понимания и решения проблем со здоровьем. Эта путаница и наложение психологи-

ческих и социальных факторов объясняют различия в ролях врача и пациента [3, 8].

С точки зрения социальной психологии процесс общения врача с пациентом хорошо исследован. Это относится к личности и поведению как врача, так и пациента, а также убеждениям последнего. Выработаны определенные рекомендации для врачей. Они касаются вербальных и невербальных методов общения; помещения, в котором проходит общение; расположения в ней мебели; присутствия посторонних людей и других аспектов [3, 21].

Пациенты обычно думают о себе, как о потребителях медицинских терминов и обычно полагаются на объяснения их смысла медицинскими работниками. В то же время пациенты склонны думать, что они имеют право понимать профессиональные термины здоровья иными способами, которые не обязательно соответствуют пониманию медицинских работников [3].

Физиологический субстрат отношений «врач-пациент»

Качество взаимодействия и коммуникации врача и пациента оказывает мощное влияние на качество медицинской помощи [10]. Некоторые из этих положительных последствий для здравоохранения и здоровья возникают из-за того, что отношения связаны с эмоциями, а эмоции имеют физиологический субстрат. Возникновение любой эмоции имеет в своей основе индуцирование различных групп биологически активных веществ в их сложном взаимодействии. Характер и интенсивность физиологических последствий эмоций определяются взаимоотношением норадренергической, дофаминергической, серотонинергической и холинергической систем, а также целым рядом нейропептидов, включая эндогенные опиаты [1].

В той мере, в какой мы эмоционально реагируем на кого-то, мы физиологически реагируем на этого человека. Часто пациентов сопровождают эмоции страха и боли. В этой ситуации очень важна аффективная помощь врача. У людей в эмпатических отношениях обнаруживается корреляция с показателями вегетативной активности. Это происходит между говорящими и их отзывчивыми слушателями. Кроме того, ощущение заботы в отношениях снижает секрецию гормонов стресса и сдвигает нейроэндокринную систему в сторону гомеостаза. Поскольку социальная вовлеченность эмоций является одновременно социальной вовлеченностью физиологического субстрата этих эмоций, данный процесс был назван социофи-

зиологией. Он может влиять на здоровье обеих сторон в отношениях между врачом и пациентом и может иметь отношение к третьим лицам [3,9].

Факторы, модифицирующие общение врача и пациента

Отношения между врачом и пациентом устанавливаются уже во время первого визита пациента к врачу. Их центральным элементом является расспрос врачом пациента о его проблемах. Расспрос служит методом возникновения и дальнейшего развития отношений между врачом и пациентом [4, 19].

На мысли, чувства и поведение врача и пациента влияют, как внутренние, так и внешние факторы. Последние включают место проведения расспроса и обследования, расположение мебели, местоположение врача и пациента относительно друг друга, присутствие посторонних лиц, а также физические раздражители, такие как шум или температура в помещении [18, 19].

Когда информация передается от одного человека к другому, существует ряд моментов, в которых могут появиться ошибки. Нередки ситуации, когда врачи и пациенты могут находиться «в разных мирах» и говорить на разных «языках». Старые врачи в беседе с пациентом злоупотребляли латинскими словами и изречениями, в конце прошлого века - английскими словами, а современные врачи широко пользуются научными медицинскими и техническими терминами. В результате пациент может неправильно понять врача или понять с ошибками [20].

На характер общения врача и пациента влияет множество факторов. К ним относятся: 1) возраст; 2) пол (врачи часто относят женщин к ипохондрикам и к проблемам мужского здоровья относятся серьезнее, чем к женским); 3) социально-экономический статус (при общении с врачом пациенты из рабочего класса чаще используют физические термины, такие как боль, запор и т.д., в то время как пациенты среднего класса используют термины, связанные с психическим и психологическим здоровьем, такие как тревога, депрессия, стресс и т.д.), 4) этническая принадлежность (это больше, чем вопрос языка; здесь различия в общении связаны с культурой и верованиями), 5) время консультации (больше время общения не означает лучшего общения или большего удовлетворения пациента), 6) стиль общения и др. [17, 19, 21].

Традиционные модели общения между врачами и пациентами делают упор на передаче знаний от врача к пациенту. Однако их использование связано с некоторыми проблемами: а) предполагается, что медицинский работник объективен и что его собственные убеждения и эмоции не вмешиваются в отношения и общение с пациентом, б) считается, что приверженность пациента лечению является чем-то само собой разумеющимся, а не проблематичным, в) они не всегда учитывают убеждения и эмоции пациента [14, 22].

И не следует забывать, что психологическое видение общения и взаимоотношений врача и пациента моделируется внешним миром социальным контекстом [17]. Социальные причины воздействуют на всевозможные психологические модели поведения. Таким образом, мысли, чувства и поведение приобретают большое значение, как промежуточные механизмы социального воздействия на отношения между врачом и пациентом в общей медицинской консультации [18].

Процесс построения межличностных отношений

Предложено несколько способов или типов построения отношений между людьми.

1. Взаимность: я имею право просить другого человека о вещах, а он имеет право просить об этом у меня. У нас обоих есть права. Отношения основаны на отдаче и получении. Иногда я могу сделать больше вещей, а иногда это может сделать другой человек.

2. Альтерцентризм: моя обязанность - заботиться о другом человеке, ставить его на первое место.

3. Эгоцентризм: мои потребности на первом месте.

4. Обмен: отношения строятся на переговорах.

Многие проблемы во взаимоотношениях связаны с непониманием точек зрения других действующих лиц.

Установлено, что сам процесс постановки вопросов является процессом установления отношений. На самом деле убеждение о модальности межличностных отношений построено на динамическом переговорном процессе. У каждого из участников общения есть свое видение позиций других, и оно может быть пересмотрено по мере развития процесса отношений. Кроме того, эти конструкции видений отношений могут модифицироваться в зависимости от конкретного содержания [4, 10, 13].

У каждого человека есть своя точка зрения на отношения и свои убеждения в отношении того, что представляет собой точка зрения

другого. На это также влияет содержание общения и предыдущая история отношений. В этом аспекте прежние отношения между индивидуумами (например, отношения между врачом и пациентом) играют важную роль в поддержании ее баланса.

Способность общаться. Чрезвычайно большую роль в построении межличностных отношений имеет способность врача к общению. Способность к общению является фундаментальным требованием для успешного сбора анамнеза пациента. Информация, которую мы извлекаем, если ее тщательно оценить и сопоставить, может обеспечить правильный диагноз более чем у 50% пациентов, а иногда и в четырех из пяти случаев. Имеются исследования, указывающие на то, что правильный диагноз может быть поставлен на основании:

- расспроса (опрос-общение-анамнез) у 75% больных,
- физикального обследования у 10% пациентов,
- лабораторных и технических методов обследования еще у 10% [15].

Способность к общению составляет один из основных элементов лечения. Почти все визиты пациента к врачу заканчиваются получением информации, которую пациент запоминает и будет придерживаться в процессе лечения [8, 13].

Использование приёмов социальной психологии требует, чтобы врач понимал, как пациент видит свое здоровье, чтобы влиять на его поведение. Для этого следует:

- выяснить убеждения, опасения и ожидания пациента по поводу проблемы или проблем, с которыми он пришел,
- поделиться с пациентом своим пониманием его проблемы, чтобы он был понят,
- принять решение совместно с пациентом,
- поощрять пациента брать на себя адекватную ответственность за свое здоровье.

Внимание врача в процессе сбора анамнеза подтверждает ценность пациента, как человека, и закладывает основу терапевтического альянса [5]. Следует отметить, что в медицине психологические проблемы часто проявляются физическими симптомами, а соматические заболевания имеют психологические последствия, требующие особого внимания. Таким образом, все медицинские проблемы нуждаются в изучении психологических элементов.

Необходимо уделять столько же внимания психологии больного, сколько и диагностике любой болезни, если мы хотим добиться выздоровления. Психология тяжелобольного ставит преграды между ним и мастерством врача. У пациента возникает ощущение безысходности, страх никогда больше не восстановить нормальную функцию больного органа. Он не желает выглядеть человеком, который постоянно только жалуется на свое здоровье дома и с врачом. Такие мысли и опасения часто приводят к изоляции больного. Существует конфликт между ужасом одиночества и желанием побыть одному. Есть страх перед решениями, которые могут быть приняты за его спиной. Есть страх перед медицинскими технологиями. Это стресс от того, что ты заперт между белыми стенами лабораторий или больниц и подвергаешься воздействию всевозможных незнакомцев, без тепла человеческого контакта, без тепла улыбки [10, 11, 13].

У врачей тоже есть чувства, и они играют важную роль в общении с пациентом. Врач должен определить и использовать свои эмоции во время консультации на благо пациента. Такое умение необходимо вырабатывать и развивать. Врачу необходима специальная подготовка, чтобы быть более чувствительным к тому, что происходит в голове пациента во время консультации [15,20].

Заключение. Какое поведение позволяет максимально реализовать систему взаимодействия врача и пациента, чтобы она стала психологически оптимальной? Для обеспечения успешного общения с пациентом в общей медицинской практике должны быть выполнены определенные условия, позволяющие успешно обмениваться убеждениями, мыслями и другими психическими состояниями. С этой точки зрения можно выделить следующие три подхода.

1. Традиционные методы, ориентированные на руководящие принципы и директивные отношения. Врач решает, что нужно делать, мало интересуясь мнением пациента.

2. Активные методы, ориентированные на пациента, где врач определяет проблему и методы её решения, информирует пациента об этом и определяет характер участия пациента в этом процесса.

3. Соучастный метод, ориентированный на реальность, где врач является организатором лечебного процесса, где каждый пациент является активным участником этого процесса, который учится через свое участие, что позволяет ему познать свои потребности и обязанности. Врач чувствует себя вовлеченным в этот процесс и

участвует в соответствии с потребностями пациента, давая информацию, способствуя поиску решения проблем [6, 9, 21].

С точки зрения социальной психологии функциями врача-профессионала являются: инструкция, контроль, демократическая и терапевтическая стратегия. Аффективное поведение врача включает расспрос пациента о его чувствах, чуткость к этим чувствам и реагирование на них, а также предоставление информации в простой, понятной форме. Врач при этом пытается понять восприятие, ожидания и когнитивные концепции пациента. Такое поведение врача, как поставщика услуг, в целом воспринимается многими пациентами как положительное. Успешное общение требует определенного соответствия между коммуникативными предпочтениями пациента и поведением врача общей практики [4].

Взгляды пациентов на болезнь формируются их субъективными ощущениями. Врач общей практики должен придерживаться целостного подхода [13]. Однако очень важна адекватность лечения симптомов (например, таких, как боль). Это создаёт положительное восприятие болезни пациентом и влияет на общие результаты лечения. Убеждения о контроле симптомов значительно влияют на восприятие болезни и, следовательно, могут повлиять на результаты лечения в общей медицине. Психологическое моделирование представлений о контроле симптомов может предложить ценный способ улучшить общие клинические результаты [16].

Предпочтения и отношение пациентов к лечению важны, поскольку они могут повлиять на исход лечения [11]. Основная идея состоит в том, что развитие болезни во многом зависит от социального окружения больного и взаимоотношений между окружением и больным. Нарушенное отношение больного к окружающему и к самому себе может негативно повлиять на развитие болезни. Задача социальной психотерапии - модифицировать такие установки, то есть воздействовать на болезнь психологическими средствами [7].

Отношения сотрудничества также являются терапевтическим альянсом. Следовательно, первым шагом является построение отношений между врачом и пациентом, в которых пациент и врач общей практики являются партнерами по сотрудничеству, вовлеченными в общую борьбу с заболеванием. Кроме того, это сотрудничество может быть использовано для создания информированного партнера, который может принимать информированные и совмест-

ные решения, помогая процессу, посредством которого тело, подверженное стрессу, восстанавливает свою стабильность (гомеостаз) путем внесения изменений в физиологическое или психологическое поведение.

Список использованной литературы

1. Гинойн Р.В., Хомутов А.Е. Физиология эмоций. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского госуниверситета. 2010. - 66с.
2. Майерс Д. Социальная психология. - СПб. 2007. - 246с.
3. Adler H.M. The Sociophysiology of Caring in the Doctor-patient Relationship // J Gen Intern Med. - 2002. - Vol.17. - P.883-890.
4. Beck R.S., Daughtridge R., Sloane P.D. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review // J Am Board Fam Pract. - 2002. - Vol.15. - P. 25-38.
5. Charon R. Narrative and medicine // N Engl J Med. - 2004. - Vol. 350. - P. 862-864.
6. De Coster S., Hotyat E. Sociología de la educación. - Madrid: Guadarrama SA. 1975.
7. Grossarth-Maticek R. Social psychotherapy and course of the disease. First experiences with cancer patients // Psychother Psychosom. - 1980. - Vol. 33. - P.29-138.
8. Hammersley D. Counselling people on prescribed drugs. London: Sage Publications. 1995.
9. Mathews A., Steptoe A. Essential Psychology for medical practice. Edinburgh: Churchill living stone. 1988.
10. Matusitz J., Spear J. Effective doctor-patient communication: an updated examination // Soc Work Public Health. - 2014. - Vol. 29. - P. 252-266.
11. Moradveisi L., Huibers M., Renner F., Arntz A. The influence of patients' preference/attitude towards psychotherapy and antidepressant medication on the treatment of major depressive disorder // J Behav Ther Exp Psychiatry. – 2014. - Vol. 45. - P.170-177.
12. Nordby H. Medical explanations and lay conceptions of disease and illness in doctor-patient interaction // Theor Med Bioeth. - 2008. - Vol. 29. - P. 357-370.
13. Nordby H. Concept Communication and Interpretation of Illness: A Holistic Model of Understanding in Nursing Practice // Holist Nurs Pract. - 2017. - Vol. 31. - P.158-166.

14. Ogden J. Health Psychology. A textbook. - Buckingham: Open University Press. 1996.
15. Pendleton D., Schofield T., Tate P., Havelock P. General approaches to the consultation. - Oxford: Oxford University Press. 1992.
16. Sak J.J., Sagan D., Pawlikowski J., Wiechetek M., Jarosz M. Impact of beliefs about pain control on perceptions of illness in surgical patients // *Ann Agric Environ Med.* - 2016. - Vol. 23. - P.144-147.
17. Turabian J.L. Gender Differences in Verbal Behaviour Style in Dyadic and Triadic Interviews in Family Medicine // *Sci J Womens Health Care.* - 2017. - Vol.1. - P. 001-007
18. Turabian J.L. Doctor-Patient Relationship and Multimorbidity: The More Extraordinary a Case Seems, the Easier it is to Solve it // *Arch Fam Med Gen Pract.* - 2019. - Vol. 4. - P. 82-89.
19. Turabian J.L. Doctor-Patient Relationship as Dancing a Dance // *Journal of Family Medicine.* - 2018. - Vol. 1. - P.1-6.
20. Van Roy K., Vanheule S., Debaere V., Inslegers R., Meganck R., et al. A Lacanian view on Balint group meetings: a qualitative analysis of two case presentations // *BMC Family Practice.* - 2014. - Vol.15. - P.28-36.
21. Wehrens R., Walters B.H. Understanding each other in the medical encounter: Exploring therapists' and patients' understanding of each other's experiential knowledge through the Imitation Game // *Health (London).* - 2018. - Vol. 22. - P. 558-579.
22. Woold S.D., Lipkin M. The Doctor–Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies // *J Gen Intern Med.* - 1999. - Vol.14. - P.S26-S33.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Магомедова Х.А., Магомедалиева Д.Г.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский
университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Для нашего времени проблема взаимоотношений между врачом и пациентом актуальна и всегда была острой. Отношения между ними - основа медицины, и обе стороны должны научиться правильно относиться друг к другу. Но в любой неприятной ситуации врач всегда будет виноват, как ответственное лицо, поэтому врач должен быть не только образованным и научно подкованным, но и духовно олицетворять свою профессию. И каждый, кто решается на этот нелегкий путь, должен не раз задуматься: осознает ли он, какую ношу взваливает на свои плечи, соответствует ли он представлениям о том, каким должен быть врач? Но самое главное - это, пожалуй, любовь к людям, потому что именно с ними он будет контактировать десятки раз каждый день.

Взаимоотношение врача и пациента - неотъемлемая часть клинической практики. Продуктивность общения врача и пациента влияет в том числе и на эффективность лечения, т.к. способ и форма передачи информации пациенту не менее важны чем сама передаваемая информация.

В последние пятьдесят лет проблематика взаимоотношений врача и пациента является центральной в биомедицинской этической литературе. Спектр данных моделей варьируется от патерналистских до потребительских моделей, предполагающих абсолютный контроль пациента при принятии решения.

В 1951 г. социолог Т. Парсонс теоретизировал взаимоотношения «врач-пациент», рассмотрев их как подсистему социальной системы. Согласно Т. Парсонсу, врач в этих взаимоотношениях играет ключевую роль, что доказывает сам факт обращения пациента к врачу, показывая неспособность пациента самостоятельно решить возникшую проблему (вылечиться) и вера в профессионализм врача. При этом Т. Парсонс считает, что врач должен использовать это

преимущество только во благо пациента, а пациент должен принять предписанные врачом меры, как наиболее эффективные в данной ситуации. Таким образом, врач и больной выступают партнерами, союзниками в процессе лечения.

Дальнейшее развитие модели получили в исследованиях Т.С. Заца и М. Холингера, которые предложили три типа взаимоотношений: активно-пассивный (врач принимает решения, пациент выступает в роли просителя, который полагается на знания и мнение врача); руководство-сотрудничество (врач говорит, что делать, а пациент должен соблюдать и подчиняться предписаниям) и модель взаимного участия (врач и пациент - партнеры, «Врач помогает пациенту помочь самому себе»).

В 1972 г. профессор Джорджтаунского университета Р. Витч опубликовал статью «Модели для медицинской этики в революционную эпоху», в которой изложил модели взаимоотношений пациента и врача: инженерную, пастерскую (pristly), коллегиальную и контрактную. Отправной точкой типологии Р. Витча является проблема автономии пациента [3, pp. 5-71. В инженерной модели врач выступает в роли технического эксперта. Он предоставляет пациенту факты без каких-либо оценочных суждений. Пациент принимает окончательное решение. Однако, по мнению Р. Витча, врач, который считает, что он может только представить всю информацию пациенту и позволить ему сделать выбор обманывает сам себя и сравнивает такого врача с сантехником, который в процессе ремонта не задает вопросов.

Пастерская модель уходит своими корнями во времена Гиппократовской традиции: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости». Иными словами, врач должен принимать решение относительно лечения больного только в соответствии с собственным пониманием блага и пользы для пациента. Профессионал знает больше. Пациент рассматривается как ребенок, который призван выполнять предписания.

Подразделяется на сильный и слабый патернализм. Их отличия определяются мерой способности пациента принимать самостоятельные решения.

- Патерналистская модель господствовала в христианской европейской культуре на протяжении многих столетий.

- В современной медицине такая модель остается наиболее предпочтительной и самой распространённой

- Патернализм наиболее приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии.

В коллегиальной модели пациент предстает как равноправный коллега врача, преследующий общие цели. В этой модели правдивость и доверие играют ключевую роль. Однако, по мнению Р. Витча, эта модель утопична, поскольку такой гармонии в отношениях достичь очень сложно, поскольку врач и пациент могут принадлежать к разным социальным и этническим группам, придерживаться различных ценностных ориентаций.

Таким образом, коллегиальная модель - это скорее несбыточная мечта, чем реальность.

В контрактной модели пациент выступает в качестве клиента, а врач - в качестве поставщика услуг. Пациент добровольно строит свои отношения с врачом на выгодных и удобных условиях. Фундаментальные нормы свободы, достоинства и справедливости лежат в основе этой модели. Только в контрактной модели, по мнению Р. Витча, может быть справедливое разделение этических полномочий и ответственности. Это позволяет избежать морального отречения (отчаяния) со стороны пациента в пастырской модели и морального отречения со стороны врача в инженерной модели. Это также позволяет избежать неконтролируемого и ложного чувства равенства в коллегиальной.

Контрактная модель предполагает, с одной стороны, осведомленность врача об автономии и свободе выбора пациента, а с другой стороны, понимание пациентом того, что рутинные медицинские манипуляции могут входить в сферу деятельности лечащего врача и могут выполняться им без необходимости в участие пациента в каждом тривиальном решении.

Технология никогда не сможет полностью заменить человека, но она оказывает огромное влияние не только на сам процесс лечения, но и на сознание людей. Потеря психологического контакта между врачами и пациентами является важнейшим негативным последствием современного развития медицины. Поскольку большинство конфликтов порождается именно этим, целесообразно рассмотреть существующие сегодня модели взаимоотношений между врачами и пациентами.

Инженерная модель (бесстрастный врач, независимый пациент)

- Пациент воспринимается врачом как безличный механизм. Задача врача - исправление отклонений в неисправном физиологическом механизме.

- Методы диагностики, которые использует врач, биохимические, биофизические, рентгенологические и др.08:45

- Основным недостатком этого типа отношений является технократический подход к пациенту, который противоречит принципу уважения прав и достоинства личности. Пациент не участвует в обсуждении процесса лечения.

- В современной медицине врач действительно взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции

Вывод. Конечно, на этом все многообразие взглядов и заключений об отношениях между врачом и пациентом не заканчивается, но большинство исследователей в своих исследованиях опираются на вышеописанные модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Кроме того, было бы ошибкой говорить, что врач выбирает и следует только одной из предложенных моделей раз и навсегда. Выбор конкретной модели взаимоотношений определяется набором факторов: особенностями личности врача, конкретной ситуацией и характером оказываемой помощи. Более того, анализ современной медицины, развитие новых медицинских технологий указывает на то, что характер взаимоотношений врача и пациента претерпевает значительные изменения. Однако все биоэтические модели являются теоретическими попытками способствовать реализации этического принципа блага и автономии пациента.

ПРОБЛЕМА КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Апашева Ш.А.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов, г. Махачкала

Медицинский персонал лечебного учреждения находится в постоянном состоянии риска возникновения конфликтов, которые можно условно разделить на две группы: конфликты, произошедшие вследствие врачебных ошибок, и конфликты, возникающие из-за личностных особенностей врача и пациента.

К объективным причинам врачебных ошибок относят:

- непостоянство отдельных постулатов, в результате чего меняется диагностика заболевания и его лечение;
- несовершенство медицинской техники и применяемых технологий; недостаточно четкая организация работы лечебного учреждения.

Субъективные причины врачебных ошибок:

- отсутствие достаточного опыта врача;
- несовершенствование врачом своих знаний;
- ошибки, связанные с общением.

Эти субъективные причины врачебных ошибок, а также личностные особенности некоторых пациентов являются причинами конфликтов, в которых чисто медицинские действия врача второстепенны, не имеют решающего значения. Даже если доктор всё сделал правильно с точки зрения медицины, юридические и психологические ошибки во взаимодействии с пациентом могут привести к серьезным последствиям для врача и всего медицинского учреждения.

Чаще всего врачи в своей практике сталкиваются с межличностными конфликтами. Межличностный конфликт - конфликт между двумя, реже тремя или более личностями (где каждый - «сам за себя»). Межличностные конфликты бывают вертикальными, в которых субъекты конфликта стоят на различных ступеньках иерархической лестницы, следовательно, имеют различные права и полномочия, и

горизонтальными - между равными по статусу оппонентами. Внутриличностный конфликт возникает, когда перед человеком встает проблема выбора, который он не может сделать. Это борьба потребностей и социальных условий, желаний и ограничений, необходимости и возможностей, это спор между «хочу» и «нельзя», между «должен» и «не хочу». При потере трудоспособности вследствие травмы или тяжелого заболевания внутриличностный конфликт может выразиться в растущем несоответствии между потребностями и снизившимися возможностями.

Встречаются в медицинских учреждениях и межгрупповые конфликты. Это религиозные и национальные конфликты, а также конфликты между научными школами или сотрудниками различных отделений в больнице. Межгрупповой конфликт возникает между группами и между микрогруппами внутри одного коллектива, например, между различными формальными группами, между формальной и неформальной, между неформальными группами. Так, дневная смена медицинского персонала может обвинить ночную смену в том, что та плохо ухаживает за больными, или похожие претензии предъявляют друг другу небольшие группы внутри одного коллектива.

Причины конфликтных ситуаций в медицинской практике могут быть самыми разнообразными. При конфликте ценностей разногласия касаются ценностно-смысловых аспектов взаимодействия. Например, его участники могут по-разному понимать смысл и цели совместной деятельности. Например, для врача здоровье пациента является ценным и значимым, а пациента в данный момент больше волнует его работоспособность, то есть необходимость находиться на работе, выполнять профессиональные функции во вред собственному здоровью, и он ищет симптоматического лечения. Или для одного сотрудника больницы профессия врача - настоящее призвание, поэтому он увлеченно работает, постоянно совершенствует свое мастерство, стремится как можно более квалифицированно подойти к лечению пациентов, а другой врач не заинтересован в самореализации, поэтому инициативен, хотя выполняет положенный объем работы. Противоречия здесь затрагивают не нормы поведения, а ценностно-смысловые аспекты бытия. Это совсем не означает, что разные ценностные установки неизбежно приводят к конфликтам. Люди могут успешно взаимодействовать и иметь хорошие

взаимоотношения, несмотря на различие своих ценностных представлений. Конфликт возникает тогда, когда кто-либо начинает вторгаться в сферу ценностей другого лица, не признавая свободу личностного выбора. Обычно конфликты ценностей между врачом и пациентом решаются соблюдением биоэтических принципов. При конфликте интересов возможны два варианта. Если интересы совпадают, а участники претендуют на какие-то ограниченные материальные факторы (место, время, помещение, денежное вознаграждение), то такой конфликт можно назвать ресурсным. Конфликт средств достижения цели возникает, когда пациент, например, согласен с диагнозом, готов лечиться, но не согласен с планом лечения, разработанным врачом. Если сосредоточиться на том, в чем есть согласие, решить конфликт средств достижения цели намного легче. Иногда люди мирно сосуществуют, имея даже различные ценностные установки, но если способы реализации целей, избранные одним из них, наносят ущерб общему взаимодействию или кому-то из его участников, возникают проблемы. Можно спокойно относиться к тому, что кто-то рядом с вами выполняет свои обязанности не так, как это делаете вы, но когда он пытается часть своей работы переложить на вас, возникает конфликтная ситуация.

Конфликтная ситуация – это ситуация, в которой участники (оппоненты) отстаивают свои несовпадающие с другими цели, интересы и объект конфликта. Конфликтные ситуации могут касаться самой личности врача – *внутренние конфликты*, или быть частью взаимодействия врача с окружающими: коллегами, пациентом, его родственниками – *внешние конфликты*. При этом любые конфликтные ситуации отражаются на внутреннем состоянии врача.[1]

Норвежским доктором-кардиологом Margrethe Aase было проведено исследование, включавшее интервьюирование врачей-кардиологов и врачей общей практики. Исследование показало, что страхи, которые может испытывать врач-профессионал, в большей степени связаны с высоким чувством его ответственности за качественное выполнение своих обязанностей. Результаты исследования продемонстрировали также, что врач ощущает себя в большей степени уязвимым, когда он совершает ошибку или принимает решение в одиночку.[3]

Наиболее ярким примером конфликта врача и пациента является жалоба. Претензии со стороны пациентов являются достаточно

распространенным явлением и требуют особого анализа. Что может стать причиной конфликта? И каковы пути его решения?

Возможные причины конфликтов в медицинской практике	Возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике
<p>1. Недостаточно внимательное отношение к пациенту. 2. Отсутствие информированного согласия пациента на лечение. 3. Отсутствие коллегиальности в составлении плана лечения, отсутствие согласованности в действиях врачей разных специальностей. 4. Профессиональная некомпетентность врача. 5. Дефекты ведения медицинской документации. 6. Характерологические особенности врача и пациента. 7. Отсутствие ответственности пациента. Незнание им своих прав и обязанностей.</p>	<p>1. Воспитание врачей в традициях медицинской школы. 2. Информирование пациента о сущности врачебных действий. 3. Коллегиальное принятие плана лечения; обязательное документирование данных обследования (например, лабораторного), чтобы другой специалист – врач-клиницист – мог его понять. 4. Соблюдение стандартов оказания помощи. Постоянное повышение квалификации специалистов 5. Контроль за качеством ведения медицинской документации 6. Экспресс-диагностика психологического типа личности пациента. 7. Внедрение автономной модели; соблюдение принципа информированного согласия.</p>

В ряде случаев пациент может действовать не в соответствии с нормами этики и права, и тогда главная задача медицинской организации – дать понять такому пациенту-«экстремисту», что претензии его являются необоснованными, не находящимися в сфере правового регулирования и не подлежащими удовлетворению. Делать это следует исключительно в письменной форме, со ссылками на нормы права, существующую медицинскую практику и с подробным аргументированным обоснованием своей позиции, требуя от пациента письменного (!) обоснования его претензий и запросов. Объясняется это тем, что подобная конфликтная переписка, в конечном счете, готовится не для конфликтующих сторон, а для судебных органов, которым, при переходе конфликта в фазу судебного разбирательства, необходимо будет оценивать правоту каждой из сторон, основываясь на ее аргументации.

В некоторых случаях в основе появления конфликта может действительно лежать нарушение прав пациента. Согласно данным российских авторов, медиками различных должностей наиболее часто нарушаются следующие *права пациента*:

1) медрегистраторами, медицинскими сестрами – право пациента на уважительное и гуманное отношение, на непосредственное знакомство с медицинской документацией и получение по ней консультаций приглашенных специалистов;

2) врачами неотложной или скорой медицинской помощи – на выбор медицинского учреждения (при экстренной госпитализации), на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на уважительное и гуманное отношение;

3) лечащими врачами амбулаторно-поликлинической организации или стационара – на выбор медицинского учреждения (при направлении на консультацию, госпитализацию), на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, на уважительное и гуманное отношение, на сохранение в тайне информации о пациенте, на получение информации о своих правах и обязанностях, на непосредственное знакомство с медицинской документацией, на проведение по просьбе пациента консилиума и консультаций других специалистов здравоохранения.

В свою очередь пациента также необходимо воспитывать и учить для того, чтобы он оградил себя от конфликтных ситуаций. Большинство пациентов в силу своего психофизиологического состояния изначально относятся к «социально уязвимому контингенту», то есть к группе людей, чьи возможности защитить себя ограничены, а способности управлять собой и окружающими обстоятельствами снижены в силу заболевания. В этом отношении практически каждый из них подвержен риску попасть в конфликтную ситуацию, и потому нуждается в особом внимании и защите. Тем не менее, в условиях, когда есть время, силы и возможности действовать в направлении получения более качественной медицинской помощи, ряд людей проявляет особенности поведения, не обусловленные собственно состоянием здоровья, снижением уровнем интеллекта или ослаблением волевых характеристик. Скорее таковые можно отнести к проявлениям дефицита информированности, к результатам недостаточной медицинской и правовой культуры. Именно такие пациенты сегодня чаще других получают низкокачественную помощь или становятся лицами, чьи права ущемляются или нарушаются.

Если попытаться воспроизвести некий обобщенный образ «особо подверженного стать жертвой конфликта пациента», то такой человек, как правило:

- не знает своих прав и законных интересов;
- не знает чужих обязанностей, профессиональной и должностной иерархии в здравоохранении;
- не задает врачам вопросов о том, что происходит в его организме;
- считает, что при обращении за медицинской помощью он «обеспокоил» медработника своими проблемами;
- не задумываясь, готов платить там, где скажут;
- не читает своих медицинских документов (справки, медицинские карты);
- не собирает информацию о том, где лучше всего обследоваться и лечиться при его заболевании;
- ориентирован не на критический анализ происходящего, а на безропотное подчинение указаниям «людей в белых халатах».

Ближайшее знакомство с пациентами этой достаточно многочисленной группы показывает, что перечисленные особенности для большинства из них не являются устойчивыми личностными (и потому мало устранимыми) характеристиками. Проведение с такими людьми минимальной (по возможности индивидуальной) медицинской и правовой просветительской работы способно сделать их пациентами достаточно грамотными, соответственно, более социально защищенными. Чем более грамотный у пациента лечащий врач, тем меньше вероятность, что такой пациент станет жертвой правонарушения и конфликта.[2]

Безусловно, проблема конфликтов в медицинской практике – это не только проблема некомпетентного врача и жертвы-пациента или злостного пациента и страдальца-врача; данная проблема является комплексной и требует решения на различных уровнях. Но, говоря о враче, необходимо помнить, что врач должен четко знать свои права и обязанности, выполнять свою работу профессионально и честно, достойно относиться к своим коллегам.

Список использованной литературы.

1. Руженков В.А., Чернева Я.А. Медицинская конфликтология. Учебное пособие. Бергород, 2011 г. - 143 с.
2. Анцупов В.Я., Шепилов А.И. Конфликтология-М., 2001 г.
3. Дмитриев А.В. Конфликтология-М., 2001 г.

ПОНЯТИЕ И ТИПОЛОГИЯ КОНФЛИКТОВ

Магомедова Х.А., Магомедова З.М., Шахшанатова У.Ш.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра педагогики и психологии, г. Махачкала*

Конфликт — это всегда сложный и многоплановый социальный феномен. В нем участвуют самые различные стороны: индивиды, социальные группы, национально-этнические общности, государства и группы стран, объединенные теми или иными целями и интересами. Конфликты возникают по самым различным причинам и мотивам: психологическим, экономическим, политическим, ценностным, религиозным.

Понятие конфликта

На Западе широко распространено понятие конфликта, сформулированное известным американским теоретиком Л. Козером. Под ним он понимает борьбу за ценности и притязания на определенный статус, власть и ресурсы, в которой целями противника являются нейтрализация, нанесение ущерба или устранения соперника.

В отечественной литературе большинство авторов выделяют различные необходимые признаки социального конфликта, представленного многообразными формами противоборства между индивидуумами и социальными общностями, направленными на достижение определенных интересов и целей. Приведем для примера некоторые из определений конфликта:

Л.Г. Здравомыслов: конфликт — это важнейшая сторона взаимодействия людей в обществе, своего рода клеточка социального бытия. Это форма отношений между потенциальными или актуальными субъектами социального действия, мотивация которых обусловлена противостоящими ценностями и нормами, интересами и потребностями².

Ю.Г. Запрудский: Социальный конфликт — это явное или скрытое состояние противоборства объективно расходящихся интересов, целей и тенденций развития социальных объектов, прямое и косвенное столкновение социальных сил на почве противодействия

существующему общественному порядку, особая форма исторического движения к новому социальному единству.

Конфликт — есть качество взаимодействия между людьми (или элементами внутренней структуры личности), выражающееся в противоборстве сторон ради достижения своих интересов и целей. В данном определении отражены необходимые свойства всякого конфликта. Все конфликты имеют общие элементы и общие образцы развития и что именно изучение этих общих элементов может представить феномен конфликта в любом его специфическом проявлении.

Предметом конфликтологии является идеальная модель конфликтного взаимодействия, его теория, основой которой выступает понятийный аппарат с его центральным звеном — категорией конфликта.

Объект конфликтологии — сама социальная жизнь, все бесконечное разнообразие реальных, «живых» конфликтов от детских ссор и до мировых войн, которыми наполнена общественная жизнь прошлого и настоящего.

Между объектом и предметом конфликтологии, как и любой другой науки, существует не только взаимосвязь, но и определенная дистанция, которая усилиями ученых может постепенно сокращаться, но никогда не может быть полностью преодолена из-за ограниченности возможностей человеческого познания. Тем не менее, ученые постоянно стремятся к обеспечению максимально возможного соответствия своих теоретических выводов объективной реальности. Достижение этих целей, как свидетельствует вся история науки, во многом определяется тем инструментарием, исследовательскими методами, которые используются учеными.

Причины конфликтов можно сгруппировать следующим образом:

- 1) противоречие интересов как фундаментальная причина конфликтов;
- 2) объективные факторы возникновения конфликтов;
- 3) личностные факторы возникновения конфликтов. Следует также отметить, что необходимо отличать причину возникновения конфликта от его повода.

Поводом конфликта служит явление, которое способствует его возникновению, но не определяет появление конфликта с необхо-

димостью. В отличие от причины повод возникает случайно и может создаваться искусственно.

Причина же отражает закономерную связь вещей. Так, поводом к семейному конфликту может послужить недосоленное (пересоленное) блюдо, тогда как истинная причина может заключаться в отсутствии любви между супругами.

Противоречие – основа конфликта

Основой всех конфликтов являются противоречия, возникающие между людьми или внутри структуры самой личности. Именно противоречия и вызывают противоборство между сторонами конфликта.

Имея в виду важную для понимания конфликта роль противоречий, часто сам конфликт определяют, как предельное обострение противоречий между участниками взаимодействия, проявляющееся в их противоборстве.

Структура конфликта

Под структурой любого объекта понимается совокупность его частей, элементов и связей, отношений между ними, обеспечивающих его целостность. Основными элементами конфликтного взаимодействия являются:

- 1) объект конфликта,
- 2) участники конфликта,
- 3) социальная среда, условия конфликта,
- 4) субъективное восприятие конфликта и его личностные элементы.

1. Объект конфликта. Всякий конфликт имеет свою причину, возникает по поводу необходимости удовлетворения какой-либо потребности. В качестве объекта конфликта могут выступать материальные, социальные и духовные ценности

2. Участниками конфликта могут быть отдельные индивиды, социальные группы, организации, государства, коалиции государств.

Важную роль в возникновении и развитии конфликта имеют и другие его участники:

- инициаторы (зачинщики);
- организаторы;
- пособники;
- посредники (медиаторы).

1) Инициаторы — те участники конфликта, которые берут на себя инициативу в развязывании конфликта между другими лицами, группами или государствами.

2) Организаторы — группа лиц, разрабатывающая общий план противоборства с оппонентом с целью разрешения противоречия в свою пользу.

3) Пособники — лица, которые помогают участникам конфликта в его развязывании, организации и развитии.

4) Посредники — третья сторона в конфликте и его косвенные участники.

Общество, как и отдельный человек, находится в постоянном развитии. Одним из способов этого развития является конфликт, представляющий собой процесс, состоящий из определенных этапов.

Методы разрешения конфликтов

Разрешение конфликта — это совместная деятельность его участников, направленная на прекращение противодействия и решения проблемы, которая привела к столкновению. Разрешение конфликта предполагает активность обеих сторон по преобразованию условий, в которых они взаимодействуют, по устранению причин конфликта. Часто разрешение конфликта основывается на изменении отношения оппонентов к его объекту или друг к другу

Существует достаточно много методов управления конфликтами. Их можно представить в виде нескольких групп, каждая из которых имеет свою область применения:

- внутриличностные, т.е. методы воздействия на отдельную личность;
- структурные, т.е. методы по устранению организационных конфликтов;
- межличностные методы или стили поведения в конфликте;
- переговоры;
- ответные агрессивные действия эту группу методов применяют в крайних случаях, когда исчерпаны возможности всех предыдущих групп.

Конфликтная личность и типы конфликтных личностей

Прежде чем перейти к типологии конфликтных личностей следует рассмотреть само понятие «конфликтная личность». Чем характеризуется конфликтная личность? И какие особенности поведения конфликтной личности?

Конфликтная личность — это человек, инициирующий и продуцирующий повышенное количество конфликтов. Основной чертой характера такого человека является соответственно его конфликтность, которая определяется действием таких психологических факторов, как особенности темперамента, уровень агрессивности, компетентность в общении, эмоциональное состояние.

Характеристика конфликтной личности

Конфликтная личность зачастую очень бурно реагирует на противоположные ему мнения или высказывания, очень много говорит, и практически все разговоры с таким человеком заканчиваются выяснением взаимоотношений, а банальная беседа с ним может перерасти в горячий спор и даже скандал. Конфликтная личность во всём ищет повод для возникновения споров, его привлекают всевозможные интриги и сплетни.

Очень часто такого человека характеризуют придирчивость, скептицизм, агрессивность, негативизм, эгоцентризм и другие индивидуальные качества. При чём такие характерологические особенности конфликтной личности формируются скорее всего на фоне пережитой им в прошлом психологической травмы, последствия которой повлекли за собой конфликтные защитные поведенческие формы и проявления.

Конфликтологи выделяют 5 типов конфликтных личностей и их модели поведения: неуправляемый тип конфликтной личности, конфликтная личность бесконфликтного типа, ригидный тип конфликтной личности, конфликтная личность сверхточного типа и конфликтная личность демонстративного типа.

Характеристика конфликтной личности ригидного типа. Подозрителен. Прямолинеен и негибок. Обладает завышенной самооценкой. Постоянно требует подтверждения собственной значимости. Конфликтная личность ригидного типа с большим трудом принимает точку зрения окружающих, не считаясь с их мнением. Выражение недоброжелательности со стороны окружающих воспринимает как обиду. Ригидный тип конфликтной личности можно узнать среди других по его неумению слушать и выслушивать других и это ощущается уже с первых минут разговора с таким человеком.

Характеристика конфликтной личности неуправляемого типа.

Неуправляемый тип конфликтной личности можно определить по таким поведенческим характеристикам как: неконтролируемое

агрессивное поведение к окружающим, завышенная самооценка, импульсивность, непредсказуемость поступков.

Характеристика конфликтной личности сверхточного типа. Скрупулезно относится к своей работе и обязанностям. При этом придирчиво предъявляя завышенные требования как к себе, так и окружающим. Как ни странно, конфликтная личность сверхточного типа обладает повышенной тревожностью и чрезмерно чувствителен к деталям. Такой человек склонен придавать излишнее значение замечаниям окружающих.

Характеристика конфликтной личности демонстративного типа.

Демонстративный тип конфликтной личности всегда стремится быть в центре внимания. Любит производить хорошее впечатление на окружающих. При этом его отношение к окружающим определяется тем, как они к нему относятся. Такому человеку легко даются поверхностные конфликты. Демонстративно страдает и любит свою стойкость.

Поведение конфликтной личности демонстративного типа. Конфликт — это их стихия, они, не стесняясь, выражаются в нем, не особо обращая внимание на тон своей речи или её уместность. Из незначительного спора они могут раздуть целую эпопею. В серьезном конфликте держатся крепко, мужественно. Настрой демонстративного типа конфликтной личности определяется тем, как к самому конфликту относится их оппонент.

Демонстративные типы конфликтной личности никогда не признаются даже самим себе, что часто являются источником спора, они всегда находят виновных. Такие люди постоянно окружены публикой, они любят популярность и внимание, это повышает их самооценку, греет тщеславие.

Поведение конфликтной личности бесконфликтного типа. Отличается от других тем, что в начале любой конфликтной ситуации старается избежать её или переложить свою ответственность за её начало на кого-то другого. Такой тип конфликтной личности легко поддается внушению, его нетрудно заставить сменить свое мнение, поскольку он сильно принимает во внимание мнение окружающих. Свои решения принимает, не глядя на их перспективу в будущем, не задумываясь о последствиях.

Обобщая полученные данные о личностных качествах испытуемых, а также на основе изученной литературы, можно утверждать,

что есть прямая зависимость предрасположенности к конфликтности от типа темперамента, от стратегии поведения в конфликте, от типа акцентуации личности, а также экстраверсии-интроверсии и эмоциональной устойчивости. Все исследованные данные говорят о том, что степень конфликтности низкая у того, кто по выше перечисленным личностным параметрам более устойчив.

Итак, на основе данного исследования, можно утверждать, что предрасположенность к конфликтному поведению зависит от личностных качеств.

Очень часто непосредственной причиной возникновения конфликта служит недостаточная психологическая компетентность участников столкновения, отсутствие навыков правильного поведения в сложной ситуации. Люди, как правило, в подобной ситуации начинают вести себя как бы стихийно, они «идут» за конфликтом, а не управляют им. Пути выхода из создавшейся конфликтной ситуации могут быть как эффективными и продуктивными, так и неэффективными, и деструктивными. Выделяют пять основных стилей поведения в конкретном конфликте. Выбор стиля зависит от того, чьи интересы Вы хотите удовлетворить: а) свои собственные, действуя при этом активно или пассивно; б) интересы другой стороны, действуя совместно или индивидуально.

Список использованной литературы:

1. В.И. Курбатов. Конфликтология, Ростов-на-Дону, 2007, 455с
2. Гришина Н.В. Психология конфликта
3. Лабораторный практикум по психологии, Часть1, Ярославль, 2008, 112с
4. Лабораторный практикум по психологии, Часть2, Ярославль, 2005, 36с
5. <http://rabota.magadan.ru/index.html>
6. Анцупова А.Я. История отечественной конфликтологии
7. Иванова О.А. Конфликтология в социальной работе. Учебник для бакалавриата

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Османова Ф.М., Гасанов А.Н.

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, экономики
здравоохранения, г. Махачкала*

Вопросы профессиональной специфики морали, конкретизация принципов гуманизма в различных сферах трудовой деятельности людей являются важным условием в определении путей формирования личности в них. Изучение теории этики с учетом социально-общего и особенного является одним из моментов преодоления абстрактного гуманизма и способствует дальнейшему его теоретическому и практическому обогащению на уровне общества, коллектива и отдельной личности. Следует иметь в виду, что нормы и правила общей этики не могут объять и выразить все многообразие и специфику взаимоотношений между людьми, особенности их бытия и сознания, психики и чувств в зависимости от различных по степени общности и глубине социальных отношений.

Правила нравственности и гуманизма в реальной жизни приобретают разные формы и имеют специфическое проявление. Отношение людей друг к другу, к определенному классу, обществу, традиции и привычки, взгляды и убеждения, настроение и чувства – все эти формы духовной культуры имеют неповторимое сочетание общего и особенного. Так как ядро нравственности составляют нормы поведения, ибо в этом и состоит ее главное отличие от других форм общественного сознания [3].

Попытки рассмотреть нравственность в связи с разделением труда предпринимались многими философами. Интересные мысли о связи нравственного воспитания с особенностями профессиональных занятий высказывались Гельвецием. Он считал, что каждой профессии свойственны свои особые добродетели. Представитель немецкой классической философии Гегель считал, что особая нравственность приобретается людьми в процессе занятий в определенной сфере труда. «Принадлежа к такой определенной, устойчивой сфере, они обретают свою нравственность в смысле добропорядоч-

ности, свое признание и свою честь». Зависимость нравственных качеств личности от профессиональной деятельности и образа жизни. «Привычки, – писал он, – имеющие важное реальное значение, различны у разных профессий по различию их образа жизни» [2].

Следует отметить, что проблемы профессиональной этики не получили научного освещения в домарксистском учении о нравственности. Это явилось следствием идеалистического понимания истории, попыток создать некую завершённую этическую систему, пригодную для всех времен и народов. Лишенные глубокого теоретического обоснования кодексы профессиональной морали (врачебной, инженерной, педагогической и др.), создаваемые представителями разных профессий, носили сугубо эмпирический характер и нередко противопоставлялись существующим в обществе более широким этическим системам.

В настоящее время некоторые авторы ставят задачу рассмотрения всей системы здравоохранения, его принципов, работы лечебных учреждений с позиций требований морали, и в частности принципов деонтологии. Ряд авторов считают [1], что в настоящее время моральный долг врача нельзя ограничивать решением чисто клинических задач. «Деонтология, – пишут они, – из личностной все более превращается в коллективную. Со всей остротой встает вопрос о создании своего рода единой деонтологической доктрины здравоохранения».

По нашему мнению, этику в медицине или медицинскую этику следует рассматривать как специфическое проявление общей этики в деятельности медицинского персонала. Медицинская этика рассматривает вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести и совести медицинских работников в процессе лечения, профилактики заболеваний и проведения организационных мероприятий. Охватывая предельно широкий круг вопросов, связанных с познанием, лечением и профилактикой заболеваний, медицинская этика отражает моральные нормы в таких системах как «врач – больной», «врач – пациент», «врач – родственники больного», «врач – медицинский коллектив», «врач – научный руководитель», «врач – общество» и др.

В теоретическом обосновании медицинской этики необходимо исходить из анализа объективных общественных отношений, особенностей труда медицинских работников, специфики их нравственной ответственности. Какие же особенности труда и образа жизни

обуславливают необходимость разработки этических проблем в медицине? Существование медицинской этики определяется целым рядом обстоятельств. Прежде всего следует иметь в виду те особенности, которые связаны с объектом профессиональной деятельности врачей – больным человеком. В соответствии с этим в данной профессии формируются своеобразные нравственные качества, представления, соответствующие характеру этой деятельности.

Специфика медицинской этики определяется не только тем, что врачи имеют дело с человеком (к человеку имеют отношение представители и других областей знания). Этика медицинских работников включает в себе богатое гуманистическое содержание она, как никакая другая область моральных отношений, наполнена чувством высшей человечности. Физическое и психическое здоровье, как отмечалось выше, является личной и общественной ценностью.

Особенность соотношения этики и медицины определяется также своеобразием медицинской науки, исследующей проблемы на грани биологической и социальной, физиологической и психической жизнедеятельности человека. В связи с этим в профессионально-этической деятельности врача имеет место особое, неповторимое сочетание классовых и общечеловеческих норм морали. В процессе исторического развития общества сложились определенные требования к морали врача, которые связаны с общечеловеческими элементарными нормами нравственного поведения. Сами по себе эти нормы не носят классового характера (например, сохранение врачебной тайны). Это общечеловеческие нормы, выработанные на протяжении всей истории развития медицинской науки и практики. Но моральные обязанности врача этим не исчерпываются. И глубоко неправы те исследователи, которые медицинскую этику рассматривают: как сумму профессиональных обязанностей, изолированных от социально-экономических и политических отношений. История показывает, что эти обязанности несут, в себе особенности классовой структуры общества, они зависят от господствующей в обществе морали. Поэтому нельзя отождествлять этику врачей различных общественно-экономических формации. Честь и достоинство, авторитет и долг врача обладают чертами всеобщности и специфичности одновременно. Это следует понимать в том смысле, что мораль врача, распространяясь на всех людей, охватывает единство в многообразии.

Говоря о специфике этики врача, следует указать на ее многообразные внутренние связи с различными институтами и формами человеческого общежития. Практическая (да и теоретическая) медицина функционирует в связи с политикой, правом, искусством и другими формами общественного сознания. Она, по выражению К. Бернара, «...находит свое место повсюду в обществе от ступеней трона до жилища рабочего и крестьянина». Эта многоликость медицины и ее сопричастность жизни любого человека накладывает отпечаток и на врачебную этику. Всестороннее отношение медицины к разным сферам бытия и сознания людей накладывает отпечаток и на нравственное поведение медицинских работников [4].

Специфика, профессиональной медицинской этики вытекает из того факта, что моральные принципы, человеческие ценности в медицине непосредственно вплетаются в те средства и приемы, которые использует данная наука для лечения и предупреждения болезней. Вот почему наука и этика, научное, познание и моральная оценка, истина и добро получают в медицине наивысшее развитие. Объективно-истинное познание закономерностей природной и социальной жизни человека, соединенное с этической оценкой и определением моральной цели – путь, по которому должна идти медицинская наука в борьбе за здоровье человека.

Этика в области медицины в настоящее время приобрела новые черты и особенности. Возросла социальная ответственность врачей, изменились характер постановки этических проблем и содержание деятельности врачей. Значение медицины в жизни общества настолько велико, что в последние годы «заказы» на медико - биологические исследования поступают в большом количестве от самых различных областей общественной жизни: экономики, образования, культуры. Известная переоценка познавательных, культурных и психологических ценностей находит отражение и в этических вопросах медицины. Эти новые вопросы требуют исключительной научной компетентности, широкого социально-гуманистического кругозора.

Медицинская этика внутренне связана с компетентностью, квалификацией, деловитостью врачей, медицинских сестер. Не сами по себе моральные качества, а взятые в единстве с профессиональными знаниями, навыками и опытом, они создают ту доминанту, которая реализуется при выполнении профессионального врачебного долга. Причем, когда речь идет о профессиональной медицинской морали,

задача состоит не только в том, чтобы сформулировать кодекс определенных предписаний относительно трудовой деятельности, а в выработке у врача способности к нравственной ориентации в сложных клинических ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств.

Список использованной литературы

1. Александров О.А. Морально-этические проблемы современного здравоохранения /О.А. Александров, Р.В. Коротких. //Сов. Здравоохранение. 1981. – №9. – С.11-12.
2. Вагнер Е.А. О самовоспитании врача. /Е.А. Вагнер, А.А. Росновский, П.Д. Ягупов. – М.: Издательство «Медицина», 1971. – 149с.
3. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии. – М.: Издательство «Медицина», 1984. – 175с.
4. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – М.: Издательство «Медицина», 1981. – 286 с.

ЗАКОН И ЭТИКА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Курбанова З.В., Омарова Х.З., Исрапилов М.М., Немр Альруб

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра факультетской хирургии с ЛИКТ, г. Махачкала*

Этика – это древнегреческое слово, обозначающее «нрав, обычай», философская дисциплина, изучающая вопросы морали и нравственности. Эта наука имеет свою давнюю, богатую событиями историю. Во все времена много писалось о профессии врача. Издавна принято отождествлять личность врача с самыми высокими понятиями о честности, преданности, самоотверженности, милосердии, доброте и гуманности. Древнейший индийский литературный памятник медицины Аюр - Веда («Книга жизни» У11-111 в. до н. э.) содержит детальное перечисление правил поведения врача, понимаемых как этические нормы: физическая закалённость, моральная безупречность, интеллигентность, тактичность в отношениях с пациентами, коллегами и учениками, высокая квалифицированность,

сопряжённая со строгой ответственностью перед больным и обществом. Сам термин впервые использовал Аристотель в практической философии, отвечая на вопрос «что мы должны делать». Целью этики Аристотель называл поступки, а ее основой - опыт общественной жизни, имеющей конечной целью высшее благо.

Широко известное «золотое правило этики» - «не делай другим того, чего не желаешь себе» - отражено во многих мировых культурах и религиях. Это правило легло в основу медицинской этики древних лекарей и в современные каноны этического кодекса пластических хирургов России.

Наша задача - формирование у пластического хирурга России ответственности в профессиональной деятельности.

Пластическая хирургия в России с каждым годом все больше и больше востребована обществом. В связи с этим растет актуальность вопроса взаимоотношения врача (пластического хирурга) с пациентами, которые регламентируются моралью, медицинской этикой, законами, правовыми нормами. Формирование правовых отношений строится не только на принятии законодательных актов, но и на понимании этих законных и подзаконных актов обеими сторонами.

2 декабря 2010 года общим собранием Общероссийской общественной организацией «Российское Общество Пластических Реконструктивных и Эстетических Хирургов» был принят **ЭТИЧЕСКИЙ КОДЕКС РОПРЭХ**.

Основным предназначением Этического Кодекса является защита профессиональной среды в сфере пластической хирургии. При этом под профессиональной средой подразумевается динамическая система взаимоотношений всех субъектов, участвующих в сфере деятельности «Пластическая хирургия».

Пластический хирург осуществляет свою профессиональную деятельность только на легальной основе. Он должен иметь необходимую профессиональную подготовку, документы государственного образца, подтверждающие ее и разрешительную документацию на право работы в сфере пластической хирургии.

Уровень профессиональной подготовки, необходимый для осуществления практической деятельности в сфере пластической хирургии, определяется существующим законодательством и документами РОПРЭХ.

Юридической основой права осуществлять профессиональную деятельность в рамках пластической хирургии является наличие соответствующих документов, подтверждающих право специалиста заниматься пластической хирургией.

Пластический хирург должен постоянно совершенствовать свой профессиональный уровень, знания и умения, принимать активное участие в организационных, научных и практических мероприятиях, проводимых под эгидой РОПРЭХ, а также международных профессиональных сообществ, признанных РОПРЭХ. Обязанностью пластического хирурга является оказание безвозмездно специализированной помощи пациентам в неотложных ситуациях, а также оказание консультативной и иной помощи своим коллегам.

В случае обращения пациента с осложнением или иными проблемами, возникшими в результате операции или манипуляции в другом учреждении, пластическому хирургу рекомендуется известить об этом оперировавшего хирурга, проводившего операцию(манипуляцию).

Пластический хирург должен не разглашать врачебную тайну и не имеет права раскрывать любую информацию о пациенте без его согласия, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Каковы же недопустимые действия в профессиональной деятельности пластического хирурга

1. Прямой обман или намеренное введение в заблуждение коллег, пациентов или общественности путем предоставления ложной, искаженной или вводящей в заблуждение информации, касающейся любых аспектов его профессиональной деятельности.

2. Присвоение несуществующих титулов, научных степеней, должностей, званий, наград, заслуг и других преференций, поднимающих профессиональный и общественный статус.

3. Фальсификация любой информации, касающейся научной, учебной и практической деятельности в области пластической хирургии.

4. Подделка или искажение фотографий и иных видеоматериалов, приводящее к ложному представлению об исходном состоянии, методике, результатах операции или манипуляции.

За нарушения этического кодекса каждый пластический хирург несет ответственность. Любой член РОПРЭХ может быть субъек-

том дисциплинарного взыскания, вплоть до исключения из членов РОПРЭХ, в случаях нарушения действующего гражданского, административного и уголовного законодательства, признания его профессиональной некомпетентности, а также нарушения принципов и правил настоящего Этического Кодекса.

Совет РОПРЭХ формирует сроком на четыре года Комитет по этике и экспертизе профессиональной деятельности пластических хирургов, основными задачами которого являются рассмотрение обращений о нарушениях принципов и правил Этического кодекса и определение мер дисциплинарной ответственности в случае подтверждения фактов нарушений, а также проведение независимой профессиональной экспертизы деятельности членов РОПРЭХ.

Пациенты во все времена хотят видеть врача всемогущим и безгрешным, никогда не ошибающимся и всё умеющим исцелителем, поскольку возвышенное, особое отношение к врачу-хирургу нужнее пациентам, нежели самому врачу. Принижение, приземление роли врача уменьшает или сводит на нет один из важнейших факторов врачевания – фактор психологический, фактор веры, доверия к врачу.

Важно быть предельно честным с пациентом относительно результатов. Открыто говорить об эстетической стороне вопроса и о возможных осложнениях. Операция — это всегда обоюдный риск. В подавляющем большинстве случаев мы знаем, как организм реагирует на те или иные манипуляции. Но всегда остается процент непредвиденных ситуаций, их невозможно исключить. И смысл тут не в том, чтобы настроить пациента на плохой результат, а в том, чтобы быть честным.

Анри Моруа, выступая на конгрессе врачей, сказал: «Завтра, как и сегодня, врач сохранит свой сан жреца, а вместе с ним и свою страшную, всё возрастающую ответственность...И жизнь врача останется такой же, как и сегодня, - трудной, тревожной, героической и возвышенной». Пластическая и эстетическая хирургия решает, в первую очередь, вопросы качества жизни

Успех любой пластической операции в том, чтобы врач и пациент говорили на одном языке. Когда ожидания пациента оправдываются, счастлив и врач, и пациент!

СОДЕРЖАНИЕ

<i>1. МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ</i>	
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАК ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ханалиев В.Ю., Абиева Э.Г.	3
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ Шихнебиев Д.А.	9
«ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА» ОДНА ИЗ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ СТОРОН МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Мусаева Ш.М., Гаджиев Г.Э., Ахмедова А.Р., Багомедова Н.В., Шамов З.М., Алискандиева М.А.	13
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ Горелова В.Г., Ибрагимова Э.И., Далгатова А.А., Таибова П.А.	16
БУДУЩИЙ ВРАЧ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИНЦИПАМИ ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ Мусаева Ш.М., Гаджиев Г.Э., Ахмедова А.Р., Багомедова Н.В., Шамов З.М., Алискандиева М.А.	24
ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН РЕШИТЬ ПРАКТИЧЕСКИЙ ВРАЧ (ПО ПРИНЦИПАМ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ) ПРЕЖДЕ ЧЕМ НАЗНАЧИТЬ КОНКРЕТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г., Джамалудинов Ю.А., Агаева Э.Н.	27
ВСЕ ЛИ ПОНЯТНО ПАЦИЕНТАМ В ИНСТРУКЦИЯХ К ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВАМ? Симонова Ж.Г.	32
ГУМАНИЗМ КАК ОСНОВА ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ Алиева А.Р., Абиева Э.Г., Абиева А.Р.	35
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ ЛИЦА Ордашев Х.А., Тешабоев М.Г., Шахбанов А.К.	40
ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В АКУШЕРСТВЕ Сулейманова Н.Д.	43
ИСТОРИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ МЕДИЦИНЫ И ФИЛОСОФИИ Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Багомедова Н.В., Атаев А.А.	46
МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ РЕШЕНИЯ ЭТИКО-ПРАВОВЫХ ВОПРОСОВ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Пирова Р.Н., Раджабова З.К.	51

НЕКОТОРЫЕ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА Шихнабиева Э.Д.	57
НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ Будайчиев Г.М.-А., Будайчиева П.М., Мамедов Ф.С., Будайчиева М.А.	61
НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИН- СКОМ ВУЗЕ Гусейнов Г.О.	66
НРАВСТВЕННО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В МЕДИЦИНЕ Гусейнов Г.О.	72
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В РАБОТЕ ВРАЧА-СТОМАТОЛОГА Минкаилова С.Р., Багатаева П.Р.	76
ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РУССКОЙ АРМИИ В ПЕРИОД КРЫМСКОЙ ВОЙНЫ (ПО ПИСЬМАМ Н.И. ПИРОГОВА) Кравцова Е.С.	81
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СИАЛА- ДЕНИТОМ И СИАЛОЗОМ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ Ордашев Х.А.	85
ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ К КЛИНИЧЕСКИМ АЛГО- РИТМАМ ВО ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Абдурахманов Т.М., Абакаров М.Г., Сулейманова С.В., Магомедова А.	88
О ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИ- КОВ Магомедова З.М., Нурмагомедов И.С.	94
ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ К МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ: КРИЗИС ДОВЕРИЯ Власова В.Н.	97
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ – ЭТИКА ЗАБОТЫ Алиев Н.И., Абдулаева З.Э., Вагабова Н.М.	101
ПРЕДМЕТНАЯ ОЛИМПИАДА КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ СТУДЕНТОВ Шихнебиев Д.А., Шамов З.М.	106
ПРОБЛЕМА ТЕОРИИ В МЕДИЦИНЕ Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Мусаева Ш.М., Багомедова Н.В.	109
ПРОБЛЕМЫ ВРАЧЕБНОГО ДОЛГА Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Газиева Э.М., Мурзаев П.А., Камилова С.М.	113
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЭТИКА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Гамидова З.Ш., Магомедов Г.Н.	118

«ЛИЧНЫЙ БРЕНД» ИЛИ «ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ БРЕНДЛИНГ» Прокопец И.О.	121
СВОЕОБРАЗИЕ МЕДИЦИНЫ КАК НАУКИ Ахмедова А.Р., Атаев А.А., Багомедова Н.В.	127
СИСТЕМА МЕДИЦИНСКИХ ЗНАНИЙ Ахмедова А.Р., Атаев А.А., Гаджиев Г.Э.	131
СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Воронко Е.В., Спасюк Т.И., Филипович В.И.	135
УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ НОРМ МОРАЛИ И ЭТИКЕТА Кафаров Т.Э., Кафаров Р.Т.	140
ФИЛОСОФСКАЯ МЕТОДОЛОГИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ПОЗНА- НИИ Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Гаджиев Г.Э.	144
ФИЛОСОФСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ПОЗНАНИЯ Ахмедова А.Р., Шихнебиев Д.А., Гаджиев Г.Э., Мусаева Ш.М.	146
ФОРМИРОВАНИЕ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ У СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ Будайчиев Г.М.-А., Кафаров Р.Т., Махмудова З.К., Гафурова А.А., Исаева С.М.	150
ЭТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ ДОБРОВОЛЬЧЕСТВА В ПРОФЕССИ- ОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ СТУДЕНТОВ Хаджиалиев К.И., Абиева Э.Г., Шахшанатова У.Ш.	154
ЭСТЕТИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т., Эседова А.Э., Кадиев А.Ш., Тайгибов Х.Н.	159
ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ: ЭВОЛЮЦИЯ НАУЧ- НЫХ ВЗГЛЯДОВ, АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ Багомедова Н.В., Мусаева Ш.М., Ахмедова А.Р.	161
ЭТИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИВИСЕКЦИИ В ЭКСПЕРИМЕНТАХ Измаилова А.Х.	166
ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ В ХИРУРГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ Ордашев Х.А., Османова Д.М., Тагирова А.М.	170
ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ Пирова Р.Н.	173
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НА ЧЕЛОВЕКЕ И ЖИВОТНЫХ Горелова В.Г., Тайбова П.А., Гамзаева А.У., Магомедова З.С., Ибра- гимова Э.И.	180

ОХРАНА ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Апашева Ш.А., Мусхаджиев А.А.	187
ЮРИДИЧЕСКАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА Дибраев А.Д., Алимйрзаева З.Н., Тутунова Р.М.	193
ФИЛОСОФИЯ И ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНЫ Магомедова З. М., Шапов Г.А., Исаева М.Р., Магомедов Г.Т.	196
СОВРЕМЕННАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ И МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА Апашева Ш.А.	201
МОРАЛЬНОЕ СТАНОВЛЕНИЕ СТУДЕНТА – МЕДИКА В ПАЛЛИАТИВНОМ ОТДЕЛЕНИИ Алискандиева М. А., Шихнебиев Д. А., Мусаева Ш.М., Зарипилов Г.М.	205
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА Абдулгалимов Р.М., Абдулгалимова Г.Н.	209
ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНИ В СИСТЕМЕ ЦЕННОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ Дибраев А.Д., Лелаева М.М., Мамаева А.М.	213
СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ Шапов З.М., Шихнебиев Д.А., Мусаева Ш.М.	217
<i>2. ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОБЩЕНИИ Романова М.М., Чернов А.В.	222
БЕСКОНФЛИКТНАЯ СРЕДА КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Шапов Г.А., Магомедова З.М.	226
ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ МЕДИЦИНЫ Исмаилов М.И., Абиева Э.Г., Гаджиева З.Д., Гусейнова А.М.	229
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И СТУДЕНТА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ Алискандиева М. А., Мусаева Ш.М., Ахмедова А.Р., Магомедов Р.М.	234
ВЗАИМООТНОШЕНИЕ В ГРУППЕ, КАК ФАКТОР ВЛИЯЮЩИЙ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И УРОВЕНЬ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СТУДЕНТОВ Бийболатова К.А., Сейдалиева К.Л., Бийболатова Р.Г., Рагимова Р.Ш.	238
ПРОБЛЕМА КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД Джамалудинов Ю.А., Алиева А.Р., Абиева А.Р.	243

К ВОПРОСУ О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Магомедова З.М., Магомедова Х.А., Магомедова М.М., Нурова М.М.	249
КОНФЛИКТНЫЕ СИТУАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ Дибраев А.Д., Бегова М.А.	254
КОНФЛИКТЫ В МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. ВЛИЯНИЕ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИИ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Магомедова З.М., Магомедов Г.Т., Муртузова Ж. М.	261
МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИЯХ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Раджабова З.К., Шихалиева У.К.	264
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОСТРОЕНИЯ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ВРАЧОМ И ПАЦИЕНТОМ: ДИСКУССИОННЫЕ АСПЕКТЫ Багомедова Н.В., Ахмедова А.Р., Мусаева Ш.М.	268
О ВАЖНОСТИ ИНТЕГРАЦИИ УСИЛИЙ В СФЕРЕ ОБУЧЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМУ ОБЩЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Бурсикова Д.В.	271
ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ В КОНТЕКСТЕ МЕДИКАЛИЗАЦИИ Воронко Е.В., Спасюк Т.И., Филипович В.И.	275
ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА Полудень Н.Л.	279
О ПРОБЛЕМЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Гамидова З.Ш.	285
ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА НА ДЕТСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ Журбенко В.А.	287
ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛИДЕРОВ И ПОЛИТИКОВ Курбонова Г.Н.	293
ОБ ЭТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Ибрагимова Э.И., Горелова В.Г., Магомедова З.С., Гамзаева А.У.	301
ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕНИЕ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН В СИСТЕМЕ ОБРАЗОВАНИЯ СТУДЕНТОВ-СТОМАТОЛОГОВ Будайчиев Г.М.-А., Махмудова З.К., Исаева С.М., Гафурова А.А., Кафаров Р.Т.	306

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА Агаларова Л.С., Гаджиев Р.С., Айвазова З.Н., Газиева Э.М., Гаджиева Л.А., Азизханова Т.М.	311
ПРИЧИНЫ И ТИПЫ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ. СПОСОБЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ Рагимов Р.М., Сулейманова Р.Г., Магомедова У.А.	315
ПРИЧИНЫ И ТИПЫ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЙ В МЕДИЦИНЕ. СПОСОБЫ УПРАВЛЕНИЯ КОНФЛИКТАМИ Абиева Э.Г., Магомедова З.М., Нурмагомедов И.С., Магомедов Г.Т.	320
ПРОФИЛАКТИКА КОНФЛИКТОВ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Гасанова М.А., Омарова Х.О., Хижалова З.Т., Ахмедова Э.А.	324
РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ НАВЫКОВ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ ЧЕРЕЗ АКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ Полудень Н.Л.	330
РАЗВИТИЕ КОММУНИКАЦИОННЫХ НАВЫКОВ У СТУДЕНТОВ Алиева Л.А., Османова Ф.М., Гасанова Л.Г.	334
СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ОТНОШЕНИЙ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА И ПАЦИЕНТА Гаджиев Г.Э., Гаджиева З.Г., Ахмедова А.Р., Шамов З.М., Мусаева Ш.М.	338
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» Магомедова Х.А., Магомедалиева Д.Г.	347
ПРОБЛЕМА КОНФЛИКТОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ Апашева Ш.А.	351
ПОНЯТИЕ И ТИПОЛОГИЯ КОНФЛИКТОВ Магомедова Х.А., Магомедова З.М., Шахшанатова У.Ш.	357
ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., Османова Ф.М., Гасанов А.Н.	364
ЗАКОН И ЭТИКА В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ Курбанова З.В., Омарова Х.З., Исрапилов М.М., Немр Альруб	368

Под авторской редакцией

Сдано в набор2022 г. Подписано в печать2022 г.

Формат 60*84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л.

Тираж Заказ №

Издательско-полиграфический центр ДГМУ

г. Махачкала, ул. Абдуллы Алиева, 1.