Министерство Здравоохранения РФ.

Омская государственная медицинская академия.

Кафедра судебной медицины с курсом правоведения.

Курсовая работа на тему:

**«Роль этики и медицинской деонтологии в подготовке врача»**

Выполнила студентка

405 группы лечебного факультета

Галиакберова Е.Р.

ОМСК, 2005

**Содержание**

Введение

1. Врач и общество
2. Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и его окружению

Список литературы

**Введение**

*Деонтология* (от грес deon – долг, должное; logos – наука, учение) – учение о должно, о долге.

*Врачебная деонтология* – учение о принципах должного во врачебной деятельности. Речь идет не о том, чем и как лечить больного с тем или иным заболеванием – для этого необходимы профессиональные знания, речь идет об общих принципах врачевания, которые необходимы для повышения индивидуальной и общественной эффективности и полезности его. Академик Б.В. Петровский подчеркивает, что деонтология врача это «… учение о долге врача не только перед больным, но и перед народом».

Естественно, принципы и требования деонтологии распространяются на работу всего медицинского персонала, поэтому для медицины в целом существует более широкое понятие – *медицинская деонтология*. Поскольку врач является центральной фигурой любого лечебного учреждения, врачебная деонтология отражает в обобщенном виде медицинскую деонтологию в целом, так как поведение и действия среднего и младшего медицинского персонала в значительной степени определяются личностью врача.

Врачебная деонтология в широком смысле – это учение о поведении, взаимоотношениях и действиях врача, которые необходимы для щажения психики больного, его близких и окружающих, правильной организации лечебного процесса, полного использования всех возможностей при оказании помощи больному.

Положение врачебной деонтологии (нормы, запреты, критерии, оценки) предписываются врачу в императивном порядке.

Исходя из изложенного, врачебная деонтология – более емкое понятие, чем врачебная этика, так как она включает не только морально-этические аспекты врачевания, но и действия, организацию работы, совершенствование знаний, навыков и т.д. Более того, деонтология использует моральные принципы не только как элемент нормального общения, но и как средство воздействия на психику больного, и тем самым – на течение патологического процесса.

И.К. Касинский в книге «О врачевании» совершенно справедливо пишет: «Врачебная этика интегрально входит в медицинскую деонтологию как стержневая проблема». Естественно поэтому, что, рассматривая те или иные аспекты деонтологии, мы постоянно сталкиваемся с вопросами профессиональной этики.

Врачебная этика представляет собой совокупность принципов регулирования и норм поведения врачей, обусловленных спецификой их деятельности, положением и той ролью, которая отводится им в обществе.

Мораль, будучи формой общественного сознания, определяется общественным бытием, то есть мораль всегда социально обусловлена. Поэтому задачи врачебной этики состоят не только в том, чтобы установить свод нравственных критериев и требований к врачебному персоналу, но и в том, чтобы определить, при каких социальных условиях возможно их осуществление. Последнее обстоятельство чрезвычайно важно, так как этика врача – это прежде всего этика гражданина данного государства.

Положения медицинской деонтологии, включающие в себя толкование понятий добра и зла, жизни смерти, нормы и патологии, взаимоотношения людей, определяют мировоззрение общества и конкретной общественно-экономической формацией. С этой точки зрения деонтология всегда отражала и отражает определенный исторический этап развития общества.

Особая, специфическая деятельность врачей, связанная со здоровьем и жизнью людей, требует строгого регулирования. Например, деятельность врачей хирургического профиля должна быть четко регламентирована, так как скальпель может быть в принципе как орудием лечения, так и оружием повреждения.

Профессор А.В. Гуляев на I Всесоюзной конференции по деонтологии (1970) высказал следующую мысль: «Хирург – это человек, вооруженный ножом, и как вооруженное лицо он представляет опасность для окружающих, если применяет свое оружие не там, где это требуется, и не так, как это дозволено».

Скальпель – это только наиболее яркий (наглядный) пример, но тем не менее им действуют строго индивидуально, поэтому вероятная опасность его для всего общества минимальна.

Профессиональная деятельность врача любой специальности может стать при определенных условиях социальной опасности. Например: неправильная организация прививок, в том числе в детских коллективах, ошибки санитарного надзора, использование лекарств для профилактики и лечения, которые недостаточно экспериментально и клинически апробированы, и многое другое.

В 1970 годах в ФРГ широко применялось сильное снотворное вещество – контерган, не прошедшее тщательной экспериментальной проверки, которое назначалось в числе других беременным женщинам. В результате побочного тератогеного действия этот препарат родились тысячи детей с уродствами.

В 1991 году вследствие преступной халатности медицинского персонала в Калмыкии произошло заражение группы детей СПИДом.

В 1993 году было установлено, что в ФРГ в связи с отсутствием государственного контроля за заготовкой, производством и трансфузией донорской крови предприниматели на протяжении ряда лет выпускали препараты крови, инфицированные вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция). В результате произошло массовое заражение СПИДом. «Свобода предпринимательства – подчеркивает известный английский писатель Джеймс Олдридж – это свобода крупного мошенничества», которое особенно опасно в медицине и формации.

Деятельность врача в любом государстве регламентируется законодательством, то есть правовыми нормами, с одной стороны, и врачебной деонтологией – с другой.

Законодательством должна быть предусмотрена четкая система предупреждения преступлений и неизбежность наказания при совершении их; деонтология обеспечивает улучшение результатов лечебно-профилактической деятельности врачей и медицинских учреждений в целом, базируясь на мудрости врачевания и организационных принципах.

Несмотря на совершенствование законодательства, регулирующего деятельность медицинских работников, повышение профессионального уровня врачей, все же встречаются врачебные ошибки, конфликтные ситуации, которые могут резко снижать общественную полезность врачебной деятельности. Уголовно наказуемые врачебные ошибки и преступления среди врачей бывают чрезвычайно редко, в то время как деонтологические ошибки достаточно часты. И хотя последние в большинстве случаев не имеют тяжелых последствий, тем не менее эффективность врачебной деятельности в этих случаях резко снижается. Более того, ряд деонтологических ошибок может приводить к потере трудоспособности, осложнениям и даже смерти больного.

К примеру, врач-хирург, работая длительное время ординатором центральной районной больницы, не занимается повышением своих профессиональных знаний. Он уверен, что в тяжелых случаях ему на помощь всегда придет старший товарищ – опытный ординатор или заведующий отделением. Представим реальную ситуацию, когда старший товарищ не оказался на месте (командировка, отпуск, болезнь и т.д.), а в это время в стационар поступает больной, которому необходима экстренная операция. Врач, не обладая должной квалификацией, не может поставить диагноз или не владеет техникой проведения данной операции. По закону врач, не владеющий методикой той или иной операции, может отказаться от ее выполнения. Возникает необходимость вызова специалистов из областной больницы. Но это сопряжено с потерей времени, иногда значительной (нелетная погода, выезд на машине в ночное время и т.д.). В результате операция производится с опозданием, а это чревато неблагоприятными последствиями. Состава преступления в данном случае нет, но моральная ответственность целиком и полностью ложится на врача: он забыл одно из деонтологических положений – свою обязанность постоянно совершенствовать знания и навыки.

Следует заметить, что моральная ответственность за неблагоприятные исходы по своему воздействию на человека добросовестного, морально полноценного нисколько не меньше, чем уголовная.

Смерть на совести врачей, если она даже и не связана с преступлением, это очень тяжкий груз. Поэтому все свои действия и поступки, всю свою личную жизнь врач обязан регламентировать в соответствии с положениями (требованиями) врачебной деонтологии.

Врачебная деонтология едина для всех медицинских работников. Вместе с тем особенности профессиональной деятельности врачей различных специальностей предполагают различные подходы в реализации деонтологических положений. Врачебная (медицинская) деонтология включает в себя следующие разделы конкретных знаний:

* Взаимоотношение врача с обществом (государством);
* Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и окружающим его людям, в первую очередь к близким родственникам;
* Взаимоотношения врачей меду собой и с другими медицинскими работниками.

Все эти разделы взаимосвязан. Однако решающим фактором, который определяет взаимоотношения врача больным и его родственниками, коллегами и другим медицинским персоналом, являются положением врача в обществе.

**1. Врач и общество**

Медицина – это биосоциальная наука (специальность), в которой биологическое и социальное взаимосвязано и взаимообусловлено.

К. Маркс, подчеркивая значение общественных условий для человека, писал: Человек до такой степени социальное существо, индивидуальное бытие которого вне общественных условий немыслимо.

Человек со всеми его специфическими особенностями явлется продуктом общественно-исторического развития. Вместе с тем современный человек олицетворяет не только общественную историю, но и историю эволюции животного мира: значительное развитие головного мозга, строение носоглотки, кисти и т.д. Таким образом, организм человека как биологический субстрат отражает основные закономерности развития животного мира. Поэтому, рассматривая тот или иной патологический процесс, мы можем выделить в конкретных условиях то биологический, то социальный аспект. Например, корь у детей и взрослых имеет различное клиническое течение, обусловленное биологическими особенностями. Но возникновение кори у взрослых – это явление социальное. Формирование иммунитета к тому или иному возбудителю инфекционного заболевания по своей природе – явление сугубо биологическое, но его стойкость, напряженность, искусственная иммунизация населения отражают социальные условия. Развитие зоба у человека связано с биологическими процессами – нарушением обмена йода в организме, однако распространенность заболевания, его клиническое течение также зависит от социальных условий.

Таким образом, взаимоотношения между биологическим и социальным в соответствующие периоды болезненного процесса или при различных заболеваниях у человека проявляются по-разному. В одних случаях (стадиях) ведущее место занимает биологический компонент, в других – социальный. Но и в первом, и во втором случае биологическое и социальное взаимосвязано и взаимообусловлено. Ведущая роль в этих взаимоотношениях принадлежит социальным явлениям, а биологическое преломляется через них.

Следовательно, отрыв биологического от социального (или социального от биологического) в патологическом процессе – это однобокий подход к явлению. Поэтому все сложные механизмы возникновения патологии, течение и распространение заболеваний у людей можно раскрыть и понять только при наличии информации как в области естественных наук (анатомия, физиология, биохимия, гигиена, терапия, хирургия и т.д.), так и в области социологии и политической экономии.

Исходя из изложенного, врач обязан быть широко образованным специалистом, и государство (общество) должно об этом заботиться.

Среди некоторых врачей еще бытует мнение о том, что хорошим специалистом можно стать, изучив только специальные медицинские предметы, и что знание общественных дисциплин, скажем, философии, при этом совершенно не обязательно.

Очевидно, что для мышления совершено необходимы логические критерии, а эти критерии либо заимствуются из обыденного общего сознания других (окружающих) людей, либо приобретаются в процессе изучения философии.

Следовательно, врач должен быть вооружен не только высокими профессиональными знаниями и умениями, но и знаниями общественных наук. Лишь при таком условии может быть обеспечен максимальный общественно-полезный эффект врачебной деятельности.

Формирование личности врача – процесс весьма сложный. Естественно, в первую очередь на формирование личности оказывают внимание объективные условия – общественный строй. Это воздействие постоянно и не зависит от воли человека.

Государство обязано создать (сформировать, обеспечить) такие общественные взаимоотношения, при которых не возникало бы противоречий между достоинством врача и личными интересами человека данного общества.

Каждый специалист приходит к материализму через свою практическую деятельность. Философские и методологические аспекты лучше всего формируются и усваиваются через призму конкретной науки, тем самым знание превращается в убеждение. Долг врача – это не формальное выполнение требований морали и не слепое подражание положительным примерам, а сознание необходимости действий в интересах общества, в интересах человека.

Гуманность общечеловеческого идеала заключается в том, что человек, личность (его здоровье, жизнь) провозглашается высшей, абсолютной ценностью.

Среди социальных задач нет более важной, чем забота о здоровье и жизни людей, поэтому государство обязано заботу о здоровье членов общества взять на себя.

В реализации указанной задачи (функции) наряду с социальными преобразованиями большая роль отводится медицинским работникам как представителям профессии, непосредственно связанной с данной функцией государства. Последние могут выполнить возложенную на них охрану здоровья трудящихся только при четком представлении общественной значимости этой обязанности, глубоком понимании долга и ответственности перед обществом. В такой же степени и общество обязано заботиться о материальных потребностях и моральном достоинстве врача.

Исходя из общественных интересов и интересов каждого члена общества, на врача возлагается широкий круг обязанностей.

1. Повышение санитарной культуры населения. Это чрезвычайно важная обязанность, а между тем, отдельные врачи уделяют ей мало внимания или относятся к ней недостаточно серьезно, формально.

Причиной неблагоприятных исходов при неотложных состояниях в ургентной хирургии является позднее поступление больных в стационар, чаще всего вследствие несвоевременного обращения за медицинской помощью. Запущенность онкологических заболеваний также связана с запоздалым обращением к врачу. Многие инфекции желудочно-кишечного тракта – это «заболевания грязных рук». А причиной перечисленных явлений в большинстве случаев является недостаток знаний, навыков в области санитарной культуры.

В целях повышения санитарной культуры населения должны использоваться все средства массовой информации. При этом необходимо добиться целенаправленности, убедительности, наглядности проводимой работы и массового охвата населения. Особая роль в этом принадлежит медицинским работникам детских учреждений, учителям начальных классов, так как навыки и знания, полученные в детстве, как правило, остаются на всю жизнь.

Вместе с тем пропаганда медицинских знаний, проводимая на низком профессиональном уровне, может нанести непоправимый вред.

Повышение санитарной культуры населения, пропаганда, рекламирование современных достижений междицинской науки и практического здравоохранения – дело весьма полезное, но требующее вдумчивого отношения.

Во-первых, нельзя рекламировать лекарственные препараты, поскольку назначение их – исключительно компетенция врача. Поверхностное знание действия лекарств и дозировок может породить опасную тенденцию к самолечению с возможными тяжелыми последствиями.

Во-вторых, нельзя описывать в общедоступных изданиях детальную клинику заболеваний – это тоже ведет к попытке самодиагностики, поиску у себя симптомов различных болезней, иногда к аггравации (преувеличение симптомов болезни) и даже симуляции (имитация симптомов болезни).

В-третьих, при пропаганде медицинских знаний не следует запугивать слушателей (читателей): поскольку рефлекс самосохранения у людей стоит далеко не на первом месте, их поведение не может определяться возможной (вероятной) опасностью.

Так, все люди знают, что курить вредно, и тем не менее значительная часть населения курит. Поэтому добиться массового положительного эффекта путем устрашения обычно не удается, но при этом у людей впечатлительных, с неустойчивых психикой можно вызвать ятрогенное (внушенное врачом) заболевание.

Эффективным средством воздействия на курильщиков является персональный мотивационный подход, убедительная аргументация.

Курение не только вредно для здоровья, но при ряде заболеваний (легочная патология, ишемическая болезнь сердца, тромбоблитерирующие заболевания артерий нижних конечностей и др.) оно опасно для жизни, а эффективность терапии указанных заболеваний на фоне курения минимальная. Во многих странах мира больных с окклюзирующими поражениями сосудов не подвергают операции, если они продолжают курить. Это должен знать каждый больной.

Женщина должна знать, что курение – главная враг красоты: кожа лица утрачивает эластичность, появляются характерные «морщины курильщиц». Изменяется цвет кожи, женщина значительно быстрее стареет. Но никотин вреден не только самой курящей. Дети курящих женщин, как правило, отстают в физическом и умственном развитии. Указанные аргументы могут изменить поведение курящей женщины, создают мотивацию к избавлению от вредной привычки.

Курящим мужчинам также следует объяснить, что курение угрожает не только их собственному здоровью, но и здоровью его близких, любимых людей. Вследствие «пассивного курения» (вдыхание табачного дыма с воздухом некурящими людьми) у близких родственников часто развиваются смертельно опасные заболевания (ишемическая болезнь сердца, рак легкого, атеросклероз и др.), и таким образом курящий становится причиной их страданий, а иногда и смерти.

Отец, как правило, является эталоном для своих детей, поэтому, если он курит, то и его дети в подавляющем большинстве случаев начинают курить с детства. А чем раньше ребенок начал курить, тем чаще и тяжелее он страдает легочной патологией, язвенной болезнью и другими заболеваниями. Все это курящий мужчина – глава семьи должен отчетливо понимать, тогда появится мотивация для прекращения курения.

Вместе с тем курение – весьма стойкая вредная привычка, и человека иногда приходится долго убеждать в необходимости бросить курить. Но ведь чтобы убедить (кодирование – это разновидность убеждения), нужно добиться доверия. Поэтому, если врач сам курит и больной об этом знает, убеждение будет неэффективно. Больной не поверит доводам.

Таким образом, если у врача имеется эта вредная привычка, он должен избавиться от нее. А если это врачу не под силу, он обязан скрывать свое пристрастие от больных и окружающих. Отсюда следует: врач не должен курить на улице, в больнице, в общественных местах.

Пропаганда медицинских знаний должна быть в основном направлена на повышение санитарной культуры населения и тем самым на профилактику ряда заболеваний, но приобретение знаний по гигиене труда, быта, отдыха.

1. Проведение профилактических мероприятий. Указанное положение не требует доказательств, так как в основе современной медицины должна лежать профилактика.

Данная обязанность врачей предполагает не только проведение прививок против инфекционных заболеваний и санитарно-гигиенические мероприятия, но и диспансеризацию, профилактику сердечнососудистых заболеваний, травматизма, венерических заболеваний, СПИДа, алкоголизма, туберкулеза, и т.д.

Критериями для диспансеризации отдельных групп больных являются: распространенность данного заболевания, трудопотери, процент инвалидизации, летальность.

Исходя из приведенных критериев, диспансеризации подлежат многие больные терапевтического, хирургического и других профилей в соответствии с инструкциями Минздрава.

В интересах общества диспансеризации подлежат также отдельные группы населения.

* Дети. Забота о новом поколении – это естественная обязанность государства. Поэтому здоровье детей должно находиться под постоянным контролем педиатрической службы.
* Рабочие, связанные с особо опасными производственными вредностями (радиоактивное излучение, горячие цеха, загрязненность воздуха парами ртути, свинца, кремневой пылью и т.д.). Сюда же относятся люди, пострадавшие при Чернобыльской катастрофе: как те, кто проживал в зоне выраженной радиации, так и «ликвидаторы» (люди, занимавшиеся ликвидацией последствий указанной катастрофы и получившие определенную дозу облучения).
* Сотрудники некоторых отраслей производства, специальностей, состояние здоровья которых может быть опасно для других членов общества (железнодорожники, летчики, моряки, работники детских учреждений, торговли и т.д.).
* Инвалиды и ветераны Великой Отечественной войны, инвалиды труда.

Диспансеризация указанных групп населения предусматривает: систематические осмотры врачами различных специальностей с целью раннего выявления дефектов развития у детей, отрицательного влияния внешних условий, в том числе профессиональной деятельности, на здоровье и трудоспособность, ранних признаков заболевания; своевременное лечение и профилактические мероприятия.

Таким образом, в профилактических мероприятиях обязаны принимать активное участие врачи всех специальностей.

1. Совершенствование лечебно-профилактической помощи, внедрение достижений науки и передового опыта в практику. Данное положение предусматривает постоянное совершенствование диагностики, лечебного процесса, реабилитации и профилактики, что обеспечивает улучшение результатов лечения, уменьшения трудопотерь, снижение вероятности инвалидизации.

С другой стороны, внедрение достижений медицинской науки и передового опыта должно предусматривать наиболее эффективное использование коечного фонда и других ресурсов здравоохранения.

1. Совершенствование профессиональных знаний, повышение квалификации. Самосовершенствование специалистов должно затрагивать не только профессиональный, но и нравственный аспект. Несмотря на то, что личное самосовершенствование – процесс в значительной степени интимный, общество постоянно принимает участие в этом процессе, оно «кровно» заинтересовано в нем, поэтому данное явление всегда имеет социальную значимость.

Высшее учебное заведение не может дать готовых рекомендаций на все случаи жизни, тем более что непрерывный процесс общественного развития предполагает качественные сдвиги и во взаимоотношениях между индивидуумом и обществом. Учитывая, что в настоящее время повышается значение субъективного фактора в общественном процессе, а современные темпы развития науки приводят к быстрому старению знаний, роль самосовершенствования в формировании личности специалиста резко возрастает. Врач во всех отношениях должен быть на высоте общественных требований – это одно из главных положений медицинской деонтологии.

Совершенствование своих знаний и навыков (работа над книгой, изучение периодической литературы, прохождение специализации, усовершенствование и т.д.) – это не только личная заинтересованность в работе по службе и материальном благополучии, но и общественная обязанность каждого врача.

1. Развитие медицинской науки.

Нужно помнить, что наука – это сила, преображающая мир. В наше время наука стала производительной силой, поэтому роль ее в развитии любой сферы деятельности и в том числе медицины трудно переоценить. Поэтому участие в научных разработках значительного количества членов общества, естественно, будет способствовать быстрому прогрессу медицинской науки и практики. Творческой деятельностью обязан заниматься практически каждый врач.

1. Пропаганда материалистического взгляда на природу и явления. Медицина как наука и специальность весьма богата материалистическими традициями, поскольку все ее знания и теории связаны с вполне реальными материальными явлениями процессами. И не случайно крупнейший философ Людвиг Фейербах называл медицину колыбелью материализма. Действительно, философы древности, как правило, были хорошо осведомлены в области медицины, а выдающиеся врачи были одновременно крупными философами.

Еще 24 века назад выдающиеся врачи, подобно Гиппократу, отчетливо представляли роль медицины в пропаганде материалистического взгляда на природу и явления, в борьбе с «суеверным страхом» и «божественным происхождением». И поскольку медицина находится на рубеже между естественными и общественными науками, роль ее в указанных вопросах в наши дни еще более возрастает.

Врач широко образованный может лучше, более доходчиво и убедительно объяснить сущность того или иного явления, связанного с физиологией и патологией человека, как и чем можно помочь больному человеку, что для него полезно и что вредно и т.д.

1. Участие в общегосударственных оздоровительных и противоэпидемических мероприятиях и оказании помощи при стихийных бедствиях. При развитии неблагоприятной эпидемиологической обстановки или при стихийном бедствии для ликвидации неблагоприятных последствий или предупреждения их нередко возникает необходимость в привлечении большого количества врачей какой-то определенной, иногда узкой специальности. При этом даже мобилизация всех врачей данной специальности может не удовлетворить временной потребности в них. Исходя из интересов общества для выполнения указанной работы могут привлекаться врачи без учета специальности и квалификации. Врач обязан в этих условиях быстро и оперативно приобрести навыки и знания в другой области.

Другой стороной взаимоотношения между врачом и обществом являются обязанности государства по отношению к врачу.

Общество обязано гарантировать право врача на труд, свободный выбор профессии и тем самым взять на себя заботу о его быте, отдыхе, здоровье, то есть обеспечить все основные материальные и духовные потребности.

Для нашей современной деятельности перечисленные обязанности государства кажутся естественными и воспринимаются как должное. Между тем это колоссальное достижение общественного развития, обеспечивающее реальную свободу членов общества.

Купля и продажа врачебного труда в обществе с частным предпринимательством порождает недоверие, конкуренцию, злоупотребления, назойливую рекламу ради добывания материальных благ. И в этом не вина врачей, а их беда. Общество «равных возможностей» создает такие условия, когда врач лично заинтересован не в здоровье своих пациентов, а в их болезни, так как он на этом создает свое материальное благополучие.

Стремление «выжать» из кармана больного как можно больше денег порождает систему круговой поруки. Лечащий врач, лаборант, рентгенолог, анестезиолог, фармацевт и т.д. объединяются, заключая «джентльменское соглашение» не на основе помощи больному человеку, а на основе взаимовыгодной материальной заинтересованности. Лечащий врач, назначая массу лабораторных и рентгенологических исследований, выписывая сложные дорогостоящие лекарственные препараты, руководствуется не столько необходимостью их, сколько теми отчислениями, которые он получит в виде гонорара от лаборанта, фармацевта, рентгенолога и т.д., назначив больному оплачиваемые рецепты, исследования. Более того, часто интересы больного вообще не имеют существенного значения для производства сложных исследований и даже оперативных вмешательств. Так, по данным журнала «Сатердей Ревью», в США ежегодно делают 2,5 миллионов ненужных операций общей стоимостью 3,5 миллиардов долларов.

Факторы, оказывающие влияние на результаты профессиональной деятельности следующие:

Во-первых, квалификация. Учитывая, что высокий уровень квалификации врачей позволяет добиться лучших результатов в лечении и профилактике заболеваний, общество видит в этом свою прямую обязанность. Субординатура и интернатура (стажерство), система специализации и усовершенствования в институтах и на факультетах усовершенствования врачей обеспечивают быструю подготовку высококвалифицированных кадров, а также плановое повышение квалификации врачей со стажем. В этом же направлении действует стимул материальной заинтересованности – аттестация врачей, продвижение их по службе.

Далее, результаты практической деятельности врача зависят от степени личной профессиональной ответственности, возложенной на врача по службе или добровольно взятой им на себя. Старший по положению врач облачен не только более широкими правами, но и соответственно более высокой ответственностью. Чем старше врач по службе, тем шире его обязанности!

Добровольное выполнение врачом большого круга обязанностей, чем возлагается на него по службе, должно подкрепляться экономическими стимулами. Но коллектив должен всегда контролировать профессиональное соответствие каждого врача.

Возможности практической деятельности врача в значительной степени зависят также от оснащенности лечебного учреждения различной аппаратурой и обеспеченности лекарственными средствами. Это объективные компоненты эффективности врачебной деятельности. Необходимые условия лечебно-диагностической работы должно обеспечивать государство через административные органы здравоохранения. Наконец, на величину выполняемого общественно полезного труда существенное влияние оказывает авторитет врача, поскольку он является компонентом лечебного процесса. Следовательно, стремление к авторитету – не личное дело врача, а его обязанность и, более того, предмет заботы всего общества, ибо оно в этом заинтересовано.

**2. Принципы поведения, взаимоотношений и действий врача по отношению к больному и его окружению**

Координирующая роль центральной нервной системы в течении физиологических и патологических процессов общеизвестна, поэтому недооценка влияния психического состояния больного на результаты практической деятельности врача любой специальности недопустимы.

Следовательно, врач любой специальности обязан помнить, что каждый соматический больной имеет психогенный компонент, т.е. какой бы болезнью он ни страдал, всегда имеют место (в большей или меньшей мере) нарушение психики и изменение личности человека.

При любом соматическом заболевании на психику больного влияет следующее:

* Боль и другие физические страдания, особенно если они воспринимаются как угроза для жизни;
* Снижение, извращение или утрата ощущений (зрение, слух, ощущение повышения температуры, парастезии и т.д.);
* Снижение или потеря трудоспособности;
* Нарушение (изменение) привычного уклада жизни;
* Необычные ощущения экзогенного и эндогенного порядка (изменение цвета кожи, положения конечности, промокание повязок содержимым раны, чувство движения или распирания в брюшной полости, удушье, увеличение объема живота, отеки и т.д.).

Все эти факторы, воздействия на психику больного, могут проявляться быстрой утомляемостью, ослаблением воли, инициативы, раздражительностью, снижением интереса, внимания к окружающим людям и событиям, рассеянностью, угнетенностью и т.д.

В конечном счете, изменения психики у соматического больного, особенно при длительном течении заболевания, проявляются резким снижением круга интересов (в связи с чем значительно ограничивается контакт с окружающими), сосредоточением на своем страдании, а также повышенной эмоциональной ранимостью или депрессией. Указанные нарушения психики задерживают выздоровление, могут способствовать усугублению течения заболевания, развитию дополнительных симптомов и даже сопутствующих заболеваний. Иногда психическая реакция в большей степени определяет состояние и тяжесть страдания больного, чем его болезнь.

Следовательно, влияние личности на возникновение и течение болезни, а также на исход, сроки выздоровления и реабилитации весьма и весьма существенно.

Больные нередко внутренне переживают одно, а демонстрируют совершено другое; другие больные зависимости от ситуации то агравируют (преувеличивают) болезнь, то диссимулируют (скрывают) ее, то бравируют ею, то впадают в истерику и т.д. Врач должен разобраться во всех этих тонкостях, так как это имеет огромное значение для установления контакта с больным, постановку правильного диагноза, организации лечебно-профилактической помощи.

Поскольку для врача роль личности больного столь значительна, он обязан получить представление о ней и отдельных ее свойствах (интеллект, мышление, память, темперамент, характер) путем изучения истории жизни человека.

Таким образом, изучая историю жизни больного (анамнез жизни), врач должен выяснить не только физическое развитие, условия жизни и труда, перенесенные заболевания, то есть биологический и социальный фон настоящего заболевания, но и условия развития личности данного человека, а также состояние отдельных ее свойств и особенностей на данный момент.

Пренебрежение личностными психическими реакциями в исследовании болезненного процесса, в формировании контакта с больным и в проведении лечебных мероприятий может привести к целому ряду неблагоприятных последствий. В подавляющем большинстве случаев в основе конфликтных ситуаций между больным и врачом лежит незнание последним личности больного и, следовательно, неумение наладить соответствующие отношения. Эта же ошибка весьма часто лежит в основе низкой эффективности проводимых лечебных мероприятий.

Эмоции, реализуясь через эндокринную и вегетативную нервную систему, могут вызвать различные изменения в функции сердца, желудка, печени, почек, органов дыхания и т.д.

Задача врача не только устранить источник отрицательных эмоций, но и «переключить» психику больного человека на положительные эмоции, создать условия, чтобы они могли возникнуть, индуцировать их появление, пролонгировать их действие.

В своей основе изменения, возникающие в организме в ответ на отрицательные эмоции, являются приспособительными реакциями. Более того, повторные слабые отрицательные эмоции способствуют формированию устойчивости организма к конфликтным ситуациям. Экспериментально установлено, что при повторных относительно слабых конфликтах ситуациях весьма часто вырабатывается антистрессорный «иммунитет».

Поскольку возникновение и проявление эмоций весьма вариабельно, одна и та же болезнь в зависимости от индивидуальных особенностей пациента проявляется по-разному и переживается каждым по-своему. В связи с этим врачи нередко сталкиваются с несоответствием жалоб больного (субъективное проявление болезни) степени функционально-морфологических нарушений, имеющихся в организме (объективное проявление болезни), что порождает диагностические и тактические ошибки.

Из изложенного следует, что лечение больных должно быть строго индивидуальным.

Таким образом, отрицательное эмоциональное воздействие может реализоваться весьма разнообразными симптомами вплоть до смертельного исхода. С другой стороны, положительные эмоции, мобилизация воли, аутогенная психологическая тренировка могут настолько повысить резистентность организма, что многие заведомо патогенные факторы оказываются недостаточными для того, чтобы вызвать патологию.

Медицинское значение эмоций (эмоциональные реакции, эмоциональное состояние, эмоциональные отношения) состоят в том, что, во-первых, они являются неотъемлемым компонентом любого заболевания, определяя в значительной степени субъективные и объективные проявления болезни; во-вторых, они управляемы; в-третьих, путем подавления отрицательных эмоций и воспитания (тренировки) положительных можно существенно воздействовать на течение соматического заболевания; в-четвертых, лечебный эффект каждого препарата, любой процедуры, манипуляции и т.д. в значительной степени определяется эмоциональным фоном больного.

Следовательно, внимательное отношение к личности больного, целенаправленное воздействие на его психику (наряду с каузальной терапией) может значительно улучшить результаты профессиональной деятельности врачей всех специальностей. С другой стороны, небрежное, формальное отношение к личности больного может создать весьма сложные препятствия в организации лечебного процесса, а порой и ухудшить течение заболевания.

Психотерапевтическое воздействие – это комплекс факторов (слово, жесты, выражение лица, поведение, внешний вид врача и т.д.), который воздействует на психику больного человека.

Мало выписать рецепт на хорошее лекарство или назначить весьма эффективные лечебные процедуры, - нужно убедить больного в необходимости назначенного лечения, вселить уверенность в определенном действии применяемых лекарств.

К сожалению, нередко врач, выписав рецепт, объясняет больному, как принимать лекарство, но не как оно будет действовать, чего следует ждать от этого лекарства. Более того, объясняя условия приема лекарства, он шаблонно произносит: «три раза в день». Но вопрос больного: «до или после еды», небрежно отвечает: «не имеет значения». Подобная практика назначения лекарств совершенно неправильна, ущербна. Она подрывает основу лечебного процесса. Больной не знает, почему ему выписали это лекарство, а не сотню других; кроме того, если неважно, как принимать лекарство, то больной скорее всего сочтет назначенный препарат неэффективным. При подобном методе назначения лекарственных препаратов выздоровление, если оно наступает, вызвано не лекарствами, а благоприятным естественным течением патологического процесса.

Назначая то или иное лечение, нельзя высказывать в присутствии больного какие-то сомнения или неуверенность – это элементарное профессиональное невежество. Так, например, выражения «попробуйте вот это лекарство» или «попробуем еще одно лекарство» сразу же вызывают негативное отношение больного к лечению, поскольку у него создается впечатление, что врач не знает, как его лечить. Он начинает думать: «Пробует разные лекарства, как на «кролике», наверное, моя болезнь неизлечима». При подобных обстоятельствах получить надлежащий эффект практически нельзя. Более того, если врач сам говорит о том, что нужно попробовать то или иное лекарство, то почему нельзя попробовать методы лечения, которые советуют родственники, соседи, сослуживцы? Так больного подталкивают к самолечению.

Больной активно лечится только у того врача, которому он доверяет. За утратой доверия следует разочарование, эффект лечения резко снижается. Отсюда роль личности врача в лечебном процессе весьма и весьма существенная.

Контакт (беседа) врача с больным – это уже настоящий, серьезный лечебный процесс. Следовательно, врач, не пользующийся доверием больного, не стремящийся к моральному облегчению страданий больного, игнорирующий психопрофилактику и психотерапию, лечить не может.

Врач обязан заботиться о своем авторитете, беречь его и развивать, поскольку это элемент лечебного воздействия. Проявлять добрые чувства к людям для врача должно стать потребностью.

Больной человек не имеет времени и возможности изучать врача, он выносит свои суждения быстро, скоропалительно, не всегда объективно. А поскольку врач профессионально заинтересован, чтобы у больного сложилось хорошее мнение о нем, он обязан помочь больному в этом направлении, т.е. облегчить и ускорить процесс формирования позитивных взаимоотношений.

При правильном поведении врача, соблюдении деонтологических положений доверие к нему должно появиться «с первого взгляда» и уж во всяком случае после первой беседы, а авторитет – в течение нескольких недель.

Что может оказать влияние на доверие больного к врачу:

* При первом контакте критериями являются и внешний вид, и жесты, и выражение глаз, и речь.
* Врач должен сделать все от него зависящее, чтобы понравится больному. Стремление расположить к себе больного должно быть искренним, без заискивания, с соответствующим достоинством.
* Внешний вид должен импонировать пациенту.

**Список литературы**

1. Грандо А.А. Врачебная этика медицинская деонтология. Киев, 1982.
2. Вайль С.С. Некоторые вопросы медицинской деонтологии. Л., 1979.
3. Айвед Л.В. О медицинской деонтологии. Мн., 1969.
4. Чеботарева Э.П. Врачебная этика. – М., 1984.
5. Макшанов И.Я. Врачебная деонтология. Мн., 1998.
6. Щепин О.П., Царегородцев Г.И., Еврохин В.Г. Медицина и общество. М., 1983.