

- тариата). – Всемирная организация здравоохранения, Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2005. – 6 с.
5. *Алексеев, В.А.* Об итогах международной практики реформирования здравоохранения и рекомендациях ВОЗ / В.А.Алексеев, М.Ю.Сафонова // *Здравоохранение*. – 2011. – №3. – С.65–71.
  6. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 1 / М.М.Сачек, М.В.Щавелева, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2011. – №2. – С.4–14.
  7. *Сачек, М.М.* Глобальный кризис как стимул перемен в здравоохранении. Сообщение 2 / М.М.Сачек, И.В.Малахова, Н.Е.Хейфец, М.В.Щавелева // *Вопросы организации и информатизации здравоохранения*. – 2011. – №3. – С.19–37.
  8. *Крутова, И.Н.* Финансирование здравоохранения в Российской Федерации и странах Организации экономического сотрудничества и развития / И.Н.Крутова, С.Н.Акимова, Е.С.Жесткова, А.А.Лукшина // *ГлавВрач*. – 2009. – №6. – С.6.

## SOCIO-ECONOMIC MODELS OF HEALTH CARE

**A.A.Zhadan**

Five models of health care, differentiated by the degree of financial and regulatory state participation, were determined and characterized. It was emphasized that regardless of the source of health care financing, a primary donor of the monetary funds was the population. The payment for medical services, if any, should be acceptable and accessible to all people. But if the state does not have the opportunities to finance the growing requirements for medical services from allocated funds, it, first of all, must clearly and uniquely define guarantees and standards on rendering certain free services for the population and for its separate groups based on real finance sources, as well as distribution rules and the possibility of obtaining the services that can not be available to all because of financial restrictions.

*Поступила 21.03.2012 г.*

## ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА – ВЫСОКОЕ ИСКУССТВО В ДОСТИЖЕНИИ ЗДОРОВЬЯ

<sup>1</sup> Н.Н.Пилипцевич, <sup>1</sup> Т.П.Павлович, <sup>2</sup> А.Н.Пилипцевич, <sup>3</sup> Е.А.Короед

<sup>1</sup> Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

<sup>2</sup> УЗ «7-я городская поликлиника г. Минска», г. Минск

<sup>3</sup> Мстиславская центральная районная больница, г. Мстиславль, Могилевская область  
Совет Республики Национального собрания Республики Беларусь

*Проблема взаимоотношений врач–пациент является главенствующей в медицинской этике. В ней появилось много новых аспектов. Их решение требует всестороннего обсуждения, оценки и, возможно, законодательного регулирования. Врач стал ответственным «за здоровье всех», всем обязан, лично заинтересован, с него основной спрос. Сформировался пациент наступающий, требующий, угрожающий, а не обращающийся с просьбой о медицинской помощи. В деле достижения самой высокой ценности на земле – здоровья, как минимум, нужны уверенный в своих профессиональных действиях, уважаемый, эффективно работающий врач и заинтересованный в своем здоровье, взаимодействующий с врачом пациент.*

В современной медицине понятие «больной», в основном, относится к людям, находящимся на стационарном лечении. Оно все чаще заменяется понятием «пациент», означающим в переводе с латинского «страдающий», с французского – «терпеливый», «пассивный», «безучастный». Исторически сложилось так, что организация здравоохранения, оказывающая стационарную помощь людям, называется больница, от слова «боль», т.е.

это учреждение, призванное облегчать страдания людей, купировать все болевые ощущения.

Медицинской наукой давно установлено, что одно и то же заболевание у разных пациентов имеет индивидуальные проявления. Об этом обычно говорят так – каждый болеет своей болезнью.

Испокон веков врач призван откликаться на зов пациента, независимо от тяжести его болезни, возраста, пола, положения в обществе. Таков непре-

рекаемый в веках постулат практической медицины. Его в XVI в. выразил Амбруаз Паре – придворный врач четырех французских королей. К нему обратился король Карл IX: «...Надеюсь, короля ты будешь лечить лучше, чем бедняков?», на что А.Паре ответил: «...Нет, Ваше Величество, это невозможно. Я бедняков лечу так же тщательно, как королей». Врач должен бороться за здоровье и жизнь пациента, пока остается хоть малейшая надежда, и поддерживать в нем эту надежду.

Врач – профессия героическая, требующая готовности к подвигу, самопожертвования. Таким предстает замечательный голландский врач Ван Тюльп на полотне Рембрандта «Урок анатомии». На портрете работы Н.Элиаса изображен врач с догорающей свечой в руке – символом бескорыстного служения человечеству, начертан и девиз этого врача: «Светя другим – сгораю сам».

Долг врача требует особой *точности, аккуратности* во всех делах, назначениях, выполнении процедур, записей, словах и обещаниях. С древних времен в отношении сделанного врачом для пациента применяется выражение «*lege artis*», т.е. безукоризненно. Врач должен быть не просто точен и аккуратен, а скрупулезен, обладать деловым педантизмом, четко выполнять свои обязательства и обещания. В противном случае, он теряет доверие пациентов. Один крупный немецкий клиницист по этому поводу выразился так: «Если я заболел, меня может лечить вовсе не гениальный врач, но это обязательно должен быть аккуратный врач. У аккуратного врача лечиться гораздо лучше, чем у гениального».

Врач, добросовестно исполняющий свой профессиональный долг, – человек искренний. *Искренность* врача объединяет в себе мудрость, душевный такт, теплоту сердца. Это существенные компоненты его профессионального арсенала. Малый уклон в одну сторону – появится ложь, фальшь, в другую – цинизм. Пациент если и не поймет, то почувствует неискренность врача. Платон (IV в. до н.э.) утверждал: «О, сколь приятным может быть человек, когда он умеет быть самим собой». Подлинная честность и искренность – великий дар.

Лечение пациентов должно проводиться с их участием. Оно, в первую очередь, состоит в *психологической мобилизации*, целевой установке в борьбе медицины с болезнью. Эффективность лечения при задействовании внутреннего потенциала пациента была известна врачам много веков тому назад. Образно об этом сказал сирийский врач Абуль-Фарадж (XII в.): «Смотри, нас трое: я, ты и болезнь. Если ты будешь на моей стороне,

нам, двоим, будет легче одолеть ее. Но если ты перейдешь на ее сторону, я один буду не в состоянии одолеть вас обоих». В XIX в. знаменитый русский хирург профессор Н.И.Пирогов по результатам обобщения огромного материала лечения раненых на войне показал, сколь сильно действует душевное состояние на течение ран: у солдат армии победительницы раны заживали намного лучше, чем у побежденных. В наше время идея о «треугольнике сил» в процессе лечения сохраняет свой смысл и значение. Велика ценность разумной осведомленности, активной самомотивации, психологического нацеливания пациента умелым врачом.

Каждый пациент – это не только организм, но и личность. Без учета личности, темперамента, характера пациента немислим успех его лечения. Врачу в общении с ним необходимы огромная выдержка и терпение. Иногда терпение называют чуть ли не главной его добродетелью. Врачи Древней Индии уверяли, что вылечить ребенка в 10 раз труднее, чем взрослого, а вылечить женщину в 100 раз труднее, чем ребенка.

Позитивное нравственное влияние врача увеличивает потенциал защитных сил пациента. Оно заключается в умении настроить пациента, вооружить программой действий, организовать его мысли, зарядить энергией и верой в успех, сделать активным соучастником процесса лечения. Все это требует от врача высокой культуры, глубокого психологизма, тонкого душевного контакта с пациентом, в целом – высокого этического потенциала.

Врач свои действия обязан четко контролировать. В древнегреческой заповеди говорится «*Primum non nocere*» – прежде всего, не навреди. Известный английский врач XVII в. Томас Сиденхем (английский Гиппократ) эту позицию сформулировал таким образом: «Нужно лечить больного так, как ты хотел бы, чтобы лечили тебя». Эта мудрая и простая формула удобна и применима в современной врачебной практике для своеобразного самоконтроля.

Врач должен дать *пациенту возможность исповедаться*, выговориться, направленно поправляя его. Древние греки подчеркивали, что сила Асклепия была не столько в том, как он говорил, сколько в том, как он слушал. Мудрость врача состоит в том, чтобы завоевать доверие пациента, получить много ценных сведений. При общении врач должен контролировать каждое свое слово, учитывать впечатление, которое оно оказывает. Русский психиатр и невролог В.М.Бехтерев (1857–1927) так оценивал результат обще-

ния врача и пациента: «Если больному после беседы с врачом не становится легче, то это не врач». Американский кардиолог Б.Лаун на основании своего многолетнего опыта указывал, что без теснейшего душевного контакта с пациентом его исцеление невозможно.

Врачу необходимо учитывать, что не только он изучает своих пациентов, но и они с не меньшим вниманием изучают его. Профессор М.Я.Мудров, применительно к данному разделу врачебной этики, учил студентов медицинского факультета Московского университета: «...теперь ты излечил болезнь, знаешь больного, но помни, что и больной изучил тебя».

Человек не знает, сколько горя и страданий он может перенести. В этом одно из благ, дарованных ему природой. От врача пациенту требуется оптимизм, душевность, постоянная готовность прийти на помощь, избавить от страданий, облегчить боль. Формируемое врачом моральное состояние пациента – его вера в успех лечения, доверие к врачу, жажда жизни – играет, порой, решающую роль.

Справедлив старинный афоризм о трех главных средствах в лечебном арсенале врача: травах (лекарствах), ноже и слове. *Слово врача* – самое универсальное средство, может быть, самое ценное для пациента, но, безусловно, самое трудное для врача. Сила врачебного слова велика, но пользоваться им следует с осторожностью.

На гробнице римского императора Андриана написана эпитафия: «Смятение врача гибельно». В «Толковом словаре живого великорусского языка» В.И.Даль определяет смятение как тревогу, сомнение, нерешимость, беспорядочное состояние мысли, нахождение в тупике. Подобный случай описан с известным петербургским врачом Спасским. После посещения умирающего раненого на дуэли А.С.Пушкина он, будучи в состоянии смятения, нанес визит другому тяжело больному. На заданный вопрос, «есть ли какая надежда, могу ли я выздороветь», Спасский ответил: «Никакой, ... все умрем, батюшка! Вот и Пушкин умирает. ... Так уж нам с вами можно умереть». Больной умер в тот же час, что и А.С.Пушкин.

Пациент должен чувствовать уважение к себе с первого контакта, приветствия, первого слова, с какими интонацией, выражением лица, глаз оно сказано врачом. Врачу сравнительно часто приходится говорить, глядя в глаза пациенту, не всю правду о его состоянии. Важно не «ушибить» пациента ненужной ему правдой о болезни. Благая ложь во спасение, если она помогает пациенту, может стать «отличным лекарством». Амбруаз

Паре сформулировал цель медицины: «если возможно – вылечить, если нет – облегчить, но всегда – утешить». Очень сильным «лекарством» является сам врач. Но, снимая груз волнений с пациента, врач перекладывает его на себя.

*Слово как врачебная ошибка.* Среди врачебных ошибок самыми частыми являются *этические*. На первом месте по частоте и тяжести находятся ошибки, связанные с неумелым, нечутким, ранившим врачебным словом. Многовековой опыт убеждает, что мастерски владеть этим «оружием» не просто. От врача требуются большой «душевный ресурс», высочайшая культура, тонкий психологизм, чуткость, знания, талант, актерские задатки. Клиницисты прошлого с исключительным эффектом использовали «психологическое потенцирование» действия фармакотерапевтических препаратов. Нужно соблюдение только одного условия – вооружить пациента верой в них. Они помогут, насколько это возможно, при условии мобилизации внутренних сил организма.

Иллюстрацией ценности врачебного слова и вреда ошибки в словесных контактах врача может быть древняя притча об Эзопе. Дважды посылал его господин приобрести первоначально – самое лучшее, а затем – самое худшее на свете. Оба раза он приносил язык: чуткое слово врача лечит, дурное – калечит пациента.

Порой трудно избежать врачебных ошибок даже блестящим авторитетам в клинической медицине. С.П.Боткин, с присущей многим великим людям скромностью и откровенностью, по этому поводу писал: «Я считаю себя неплохим диагностом, но все же я был бы удовлетворен, если бы 30 процентов моих диагнозов были правильными». Крупный отечественный хирург, академик АМН СССР, Герой Социалистического Труда, лауреат Государственной премии Ю.Ю.Джанелидзе по поводу врачебных ошибок указывал, что почти половина из них приходится на долю известных профессоров. Знаменитый советский патологоанатом И.В.Давыдовский отмечал: «... количество ошибок по мере повышения квалификации ... скорее увеличивается, чем падает».

Такая ситуация имеет свое объяснение. Медицина не относится к разряду точных наук. Сравнительно частые ошибки опытных врачей связаны с тем, что на их долю приходятся консультации и лечение наиболее тяжелых и трудных для диагностики пациентов, они рискуют ошибиться больше других врачей. В профилактике, диагностике, лечении болезни имеется много путей и средств, иногда, как это ни покажется парадоксальным, они прямо противоположны друг другу.

Большинство клинических ошибок очевидны только специалистам. Пациенты, в основном, фиксируют и оценивают просчеты этического плана, они более доступны для их восприятия.

Прекрасный врач и замечательный педагог М.Я.Мудров очень высоко ценил психотерапию в арсенале врача... «Зная взаимные друг на друга действия души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело. Они почерпаются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального утешись, сердитого умягчишь, нетерпеливого успокоишь, бешеного остановишь, дерзкого испугаешь, робкого сделаешь смелым, скрытого откровенным, отчаянного благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные боли, тоску, метание и которая самые болезни покоряет воле больно-го». Восточная пословица гласит: «Можно быть скромным, не будучи мудрым, но нельзя быть мудрым, не обладая скромностью».

Некоторые врачи, к сожалению, считают, что *рафинированное владение врачебным словом* не является обязательным для «рядовых» терапевта, хирурга и др. Ссылаются на то, что у них много других повседневных забот, поэтому прощительно не быть большими «мастерами слова». Данное заблуждение граничит с уклонением от полноценного исполнения своего профессионального долга. Владение врачебным словом на высоком уровне обязательно для каждого врача, входит в круг его прямых обязанностей, знаний, умений, профессиональную подготовку. Верность слову – это частный случай верности долгу. Врач должен всю жизнь работать над красотой, точностью и меткостью своей речи. Это профессионально необходимо врачу и жизненно необходимо для пациентов. Положительный эффект психологического воздействия формируют благородная сдержанность речи, ее яркость, красота и афористичность, манера, стиль, тон, уверенность, определенный волевой акцент, вескость речи. Речь врача должна быть убежденной и убеждающей, внушать пациенту уверенность, требование следовать его рекомендациям.

При общении с пациентом врач не должен быть угодливым, приторно любезным, выражать бесконечное и многословное сочувствие, сострадание и соболезнование. Нельзя впадать и в другую крайность – молчаливость, замкнутость, надменность, оставляя больного без необходимой информации. Вежливость врача при общении с пациентом – это не простая вежливость воспитанного человека, а простейший и первейший акт служе-

ния ему. Высшей формой вежливости и внимания к личности пациента являются *такт, деликатность*. Они отражают уровень внутренней культуры. Ими должны обладать все врачи и распространять эти качества на всех своих пациентов без исключения.

Речевой контакт врача с пациентом имеет форму диалога по инициативе и под управлением врача. Врач может поощрять активность пациента с тем, чтобы быть уверенным, что его слова понятны, а рекомендации правильно восприняты. Положительно в стационаре пациенты воспринимают врача, если он, кроме основного ежедневного обхода, каждое утро при приходе на работу появляется в их палате и в конце рабочего дня тоже наносит неприменный визит. Позиция врача должна быть цельной, последовательной. Пациенты, находясь под непрерывным наблюдением внимательного врача, чувствуют силу, обоснованность его слов, заботу о быстрейшем выздоровлении, ощущают себя в зоне психологического комфорта, уверенности в благоприятном исходе заболевания.

Знаменитый врач С.П.Боткин имел огромный авторитет среди петербуржцев. Это ему помогало получать блестящие результаты в лечении многих заболеваний при помощи простых лекарственных средств. Его ученики и современники убеждались в том, что «лечение авторитетом» помогает не хуже эффективного средства.

Неадекватные, ранящие и вредящие пациенту словесные контакты могут привести к многообразным психогенным ятрогениям.

*Негативы медицинской пропаганды.* Источником негативных психогенных влияний на пациентов зачастую становятся радио, телевидение и печатные материалы медицинской пропаганды. Особенно, когда в них сообщается о последних достижениях в области диагностики и лечения той или иной болезни. Советы и рекомендации даются широко, как бы для всех, не индивидуализированно. Пациенты, по-своему их к себе «примеряя», направляют свои усилия на поиск «чудо-лекарств», чаще всего не получают ожидаемого результата. Особый вред такой пропаганды имеет место в тех случаях, когда ею занимаются люди без специальной медицинской подготовки – материалы, ими обнародуемые, часто имеют вид сенсации.

Средства массовой информации из коллективного агитатора и пропагандиста не должны превращаться в коллективного дезинформатора. Ошибочное и даже извращенное восприятие пациентом специальной медицинской информации, не имеющей к нему непосредственного отношения, реализуется чаще всего в самолечении и, в

конечном итоге, может причинить вред его здоровью. Такие попытки, к сожалению, далеко не редкость среди населения, особенно той его части, которая в связи с низким терапевтическим эффектом лечения некоторых имеющихся заболеваний «разуверилась» в благополучном исходе. В подобных ситуациях очень важно, чтобы пациент мог в любое время посоветоваться с врачом, получить от него профессиональную оценку своих намерений, вернуть себе веру в возможности современной медицины, принять решение об отказе от самолечения. В интересах направленного формирования медицинской активности населения, вместо сведений о болезнях и достижениях в их лечении, целесообразны представление материалов профилактической направленности – о формировании здорового образа жизни, поведении и психологической устойчивости в социальной среде, здоровосозидающем взаимодействии с природой и т.п.

*Современный пациент.* В настоящее время поведение многих пациентов при обращении за медицинской помощью воспринимается так, будто они «деликатного обращения не понимают, не ценят, не чувствуют». К сожалению, этот своеобразный «дежурный» фон поведения при решении пациентами вопросов о собственном здоровье встречается все чаще.

Агрессивное поведение, невыдержанность, нервные срывы обусловлены преимущественно болезнью. Врач не имеет права обижаться на пациента, хотя бы по той простой причине, что сам здоров или таковым им воспринимается. Знаменитый врач средневековья М.Маймонид начинал каждый свой рабочий день с молитвы: «Научи меня, Всемогуший, терпеливости и спокойствию, когда больной непослушен или оскорбляет, сделай меня умеренным во всех моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ... дай мне силу, волю и способности для расширения моих знаний...». Терпение, великодушие, выдержка врача в дальнейшем будут высоко оценены. Французский философ М.Монтескье указывал: «Тому, кто не постиг науки добра, всякая иная наука приносит лишь вред». Сказанное, несомненно, имеет отношение и к врачу, и к пациенту. Очень важна мудрость взаимности, чтобы всеми теми качествами, которые от врача по отношению к себе желает видеть пациент, обладал он сам – больной и здоровый.

*Жалобы на врачей.* В отношениях врача и пациента возможно не просто отсутствие полного согласия, взаимного доверия и контакта, но и возникновение прямого конфликта. В конфликте между врачом и пациентом долгое время считалось,

что «пациент всегда прав» и, следовательно, виноват врач. В наше время в большинстве цивилизованных государств этот принцип рассматривается как *лицемерный, недоказательный и ошибочный*. Пациент и его родственники правы только тогда, когда их требования соответствуют болезни, возможностям медицины и общества на конкретном этапе, когда пациент столь же корректен и честен по отношению к врачу, как и врач к нему.

Жалобы на врачей должны рассматриваться компетентно и очень доброжелательно как по отношению к пациентам, так и к врачу, с учетом реальной сути, психологических истоков недовольства или конфликта, фактических трудностей в работе врача. Не всегда устанавливается реальная виновность врача, а взыскание, все равно, он чаще всего получает. При разбирательствах в высших медицинских инстанциях преобладает «*презумпция виновности врача*». В случаях, когда нет реальных причин, то традиционно дежурным поводом являются «дефекты оформления документации». Врач часто получает свое «гарантированное» взыскание не за то, на что жаловался пациент. В медицинской литературе практически отсутствуют сведения, чтобы пациент жаловался на недостаточно полные записи врачей в его медицинской карте.

Ситуация, когда врач постоянно в чем-то перед кем-то может быть виновен, вредна сама по себе, снижает его статус. Врач должен иметь возможность реализовывать свои служебные профессиональные обязанности в атмосфере взаимной доброжелательности с пациентами, будучи уверенным в правильности своих действий и поступков, но отнюдь не под прессом грядущих жалоб, которых часто сам не ожидает.

К сожалению, в организациях здравоохранения становится все больше агрессивных пациентов. Некоторые попросту не хотят понимать, где кончаются их права гражданина и где начинается бестактность. Используются сложившиеся представления о правах и обязанностях, о гуманности врачей как средство давления на них. В арбитражах между пациентом и врачом почему-то принято рассматривать у пациента факты первого, а у врача – только второго порядка.

При разрешении конфликтных ситуаций, наряду с приматом интересов пациентов, в равной мере важно соблюдать и корпоративные интересы врачебного сообщества, твердо отстаивая правоту каждого врача. Соблюдение коллегиальности, умение руководителей, независимо от занимаемой должности, прислушаться к доводам, поднимают авторитет врача в глазах пациентов, а здравоохранения – у всего населения.

*Этические требования для пациентов.* До сих пор нет твердо сложившегося мнения, нужны ли они, хотя работа в данном направлении велась постоянно. В настоящее время, при наличии возрастающих требований и агрессивности пациентов, они должны быть. История сохранила определенный исторический опыт деятельности в этом направлении. С созданием первых больниц разрабатывались уставы с обязанностями персонала, правами и обязанностями пациентов. В XVIII веке в больницах Англии вывешивались правила поведения для пациентов. Каждое утро их содержание зачитывалось в палатах сестрами милосердия. До сведения пациентов доводилось, что им обеспечиваются величайшая вежливость и внимание со стороны врачей и другого медицинского персонала. От них требовались послушание, вежливость и благодарность за нелегкий труд по лечению. При жалобах на пациентов от персонала, их вызывали на заседание больничного совета, строго предупреждали.

Общие формулировки прав и обязанностей пациентов представлены в законе Республики Беларусь «О здравоохранении». Организации здравоохранения разрабатывают и утверждают правила внутреннего распорядка на основании типовых правил внутреннего распорядка для пациентов, утверждаемых Министерством здравоохранения. Каждый пациент при лечении в стационаре обязан с ними ознакомиться и подтвердить этот факт своей подписью в медицинских документах.

*Новое в технологии медицины.* Одна только мимика пациента может дать богатый материал для суждения о его настроении и переживаниях, если это суждение поручено мыслям и интуиции наблюдательного врача, а не кибернетической машине. С последней четверти XX в. на первый план в лечении начали выдвигаться *инструментальное и лабораторное обследования*. Традиционные клинические методы и сам личностный, психологический, человеческий контакт и общение врача и пациента постепенно оттесняются. В этом «виновны» не сами техника и научно-технический прогресс. Современные технические средства обследования и лечения исключительно информативны и эффективны. Их умелое использование, правильная оценка и трактовка результатов в комплексе с другими клиническими данными обогащают медицину. «Дегуманизация» и «технизм», коснувшиеся части врачей, – следствие не самого «наступления техники», а недостаточных подготовки, воспитания врача, упрощения его клинического мышления, изъянов психологического восприятия себя в профессии. Академик А.Ф.Би-

либин на I Всесоюзной конференции по медицинской деонтологии (1969) предупреждал: «Машина способна сработать быстро и точно, но она никогда не будет мудрой. Мудрость – удел человека, ...это, прежде всего, мировоззрение или миропонимание, ...если врачи командуют техникой, они служат прогрессу, а если техника командует врачами – это регресс». В наш век принципиально значимо, чтобы врач не стал рабом техники, а был обогащен ею.

Всемирно известный американский кардиолог Б.Лаун в книге «Утерянное искусство врачевания» подчеркивает, что образ современного «доктора как бы съезживается и теряет свой ореол. Репутация врачей упала ниже, чем когда-либо... Общество с гораздо большим вниманием встречает весть о новом в технологии медицины, чем в искусстве слушать пациента и консультировать его...Высокотехнологичная медицина чаще направлена на лечение острых и неотложных состояний, ее не интересует предупреждение болезни...».

Сейчас в медицине *количество специальностей* (более 200) превышает количество органов человека. В номенклатуре врачебных специальностей Российской Федерации их насчитывается 85, Республики Беларусь – 91. А пациент один, и за больным органом далеко не всегда виден страдающий человек. Процесс узкой специализации практической и теоретической медицины, особенно в последней четверти XX в. и по сей день, приобрел такие темпы, что начали опасаться его необратимости. Многие врачи увидели в нем «растаскивание» основополагающих врачебных дисциплин – хирургии и терапии – на более мелкие. Из терапии, например, в самостоятельные разделы выделились кардиология, гастроэнтерология, нефрология, пульмонология, ревматология, эндокринология, гематология и др. Появились такие специалисты, которые в кардиологии занимаются только инфарктом миокарда или ишемической болезнью сердца.

Однозначной оценки данного явления, очевидно, быть не может. Специализация улучшает диагностику и лечение отдельных органов и систем. С другой стороны, узкая специализация таит в себе серьезную угрозу забвения принципов врачебной этики, врачебного мастерства, превращения врача в «технаря», ремесленника, набившего руку на узкой специальности. Узкая специализация дает врачу право как бы на законных основаниях считать, что «мое дело лечить желудок» или какой-то другой орган, а что у пациента болит еще – пусть этим занимаются другие врачи.

Трудно совместить высокий уровень подготовки по узкой специальности, при таком их дроб-

лении, с широким медицинским кругозором. В результате может стать традиционной несостоятельность врача в своей профессии. В порядке подтверждения реальности такой опасности приведем опубликованные в литературе данные экспертной проверки амбулаторного приема пациентов на базе одного из лучших университетов США в Чикаго: в 36% случаев проведено неправильное обследование, в 58% поставлены неполноценные диагнозы. При этом, техническая оснащенность организаций здравоохранения находится на самом высоком уровне.

Настоящий врач доступен и открыт каждому пациенту, имеет репутацию умного, доброго и деликатного человека. К нему легко обращаются пациенты по любому вопросу, даже требующему доверительности и душевной тонкости. Важным этическим требованием к врачу является конфиденциальность – полное неразглашение сведений, узнаваемых от пациента или о нем. Разглашение врачебной тайны является нарушением не только норм морали, но и правовых норм о врачебной тайне, сформулированных в законе Республики Беларусь «О здравоохранении».

*«Временной» фактор.* В течение многих десятков лет неоднократно поднимался вопрос о временной составляющей как одной из предпосылок отдаления врача от пациента. Врач на амбулаторном приеме испытывает нехватку имеющегося в его распоряжении нормативного времени для работы практически с каждым пациентом. К тому же, население республики по оценочной шкале «демографически старое», обремененное грузом хронических болезней. Обстоятельный разговор с каждым пациентом: сбор анамнеза – обследование – принятие врачебного решения – разъяснение характера заболевания и рекомендаций, назначение лечения, – требует увеличения временных затрат. Норматив нагрузки – 4,4 посещения в час – не соответствует реальным потребностям и затратам времени. Врачу приходится постоянно торопиться, чтобы уложиться в график приема пациентов. В такой ситуации трудно рассчитывать на установление хорошего психологического контакта между врачом и пациентами. Ведь это люди, которые болеют не только своей болезнью, но и «страхом», – боль усиливает страх, страх усиливает боль. Для них «очевидны» торопливость врача, его стремление побыстрее закончить разговор, нежелание вникнуть в состояние их здоровья. Спешка врача вызывает у них обиду. Это одна из главных причин потока жалоб на плохую работу службы здравоохранения. А для врача – это состояние психологический перегрузки каждый ра-

бочий день и, в конечном итоге, возможное разочарование в своей профессии.

В современных условиях, чтобы удовлетворительно выполнять амбулаторный прием пациента, требуется, как минимум, 20 минут врачебного времени. О таких временных затратах известно и говорится давно, но, в силу различных причин, пока нет положительного решения. Одна из основных причин – это экономическая составляющая. Уменьшение нагрузки на приеме в звене первичного контакта населения и медико-санитарных служб автоматически потребует значительного увеличения численности врачебного состава, рабочих мест для него, – в целом это приведет к росту экономических затрат на здравоохранение. Другой, менее зависимый от экономической составляющей путь, – это приближение доступности медицинской помощи для населения путем введения в масштабе всей страны (в городах и сельской местности) института врача общей практики. Выделить годовой объем финансирования и контролировать конечный результат. Отменить регламентирование его работы в виде продолжительности рабочего дня, деления его на амбулаторный прием и посещения на дому. «Рабочий кабинет» врача общей практики – это обслуживаемый им территориальный участок, а пациенты – все жители этого участка. Образно, его кабинет должен быть «открыт круглые сутки», т.е. круглые сутки врач доступен для контактов с населением. Речь не только о непосредственном контакте, в большом числе случаев пациенты будут удовлетворены полученными советами врача по различным доступным каналам связи. Это путь, при хорошей его отладке, с одной стороны, к снижению нагрузки врача, с другой – к улучшению эффективности его работы по сохранению и укреплению здоровья населения, с третьей – росту престижа здравоохранения.

В последние годы все чаще встречается мнение о том, что при современных технологиях диагностики и лечения, затраты времени на амбулаторный прием одного пациента могут не превышать 3–5 минут. Очевидно, в ряде случаев, такое возможно. Но применительно к большинству населения это практически исключает непосредственный контакт между врачом и пациентом, – их разделяют приборы и аппараты, бюрократизм регистратуры, очереди на прием и др. Ясно одно, что современный врач, который может уделить пациенту столь малое время, будет плохим слушателем. Игнорируется важнейшая составляющая процесса лечения – задействование мощного внутреннего потенциала организма самого пациента.

Все, что делается в отрасли здравоохранения, должно в совокупности приносить общую пользу в деле охраны здоровья населения. Это обеспечивается высоким профессионализмом врача, эффективностью диагностики и лечения, потенцированием воздействия арсенала средств и методов, верой пациентов в могущество современной медицины.

Всемирная медицинская ассоциация выступает в поддержку индивидуализации процесса лечения пациента. Подход обосновывается доступностью информации о состоянии его здоровья и психосоциальных особенностях. За врачом сохраняется *право и обязанности* быть единственным авторитетом в деле назначения лечения.

В Международном кодексе медицинской этики сформулированы следующие обязанности врача по отношению к пациенту. Врач должен:

- постоянно помнить о своем долге сохранения человеческой жизни;
- обратиться к более компетентным коллегам, если необходимое пациенту обследование или лечение выходят за уровень его собственных профессиональных возможностей;
- хранить врачебную тайну даже после смерти пациента;
- всегда оказывать неотложную помощь любому в ней нуждающемуся, за исключением только тех случаев, когда он удостоверился в желани и возможностях других лиц сделать все необходимое.

Считается, что у человека имеются три основные потребности: ощущать себя любимым, понимать окружающий мир и свое место в нем и обладать свободой выбора. Удовлетворение первой потребности воспринимается как ощущение благополучия, второй – безопасности, третьей – контроля над собой.

*Микросоциальная среда пациента* объединяет семью, соседей по дому, друзей, коллег по работе, соседей по койке в больничной палате и др. Ее состояние, по системе сложившихся в обществе оценок, оказывает существенное влияние на эффективность взаимодействия врача и пациента, живущего в этой среде.

*Семья пациента.* Взаимодействие в семье, находящейся в состоянии функционального равновесия, обеспечивает всем ее членам эмоциональную и физическую стабильность. В кризисной, стрессовой ситуации семья теряет возможности такого гаранта. Причин тому много: болезнь, смерть одного из ее членов, развод, потеря работы и др. Болезнь одного из членов семьи нарушает сложившееся течение жизни, требует создания

для него особого режима, перераспределения обязанностей, заставляет менять планы на будущее, испытывать чувство страха, неопределенности, беспомощности. По данным литературы, в неблагополучной семейной среде 7 из 10 мужчин к 53 годам либо тяжело заболевают, либо умирают, в благополучных семьях – один из 13 мужчин.

Семья выполняет посредническую и защитную функции в отношениях между индивидом и обществом по важным для сохранения здоровья и борьбы с болезнями вопросам. Среди них: характер питания, режим сна, медицинская и коммуникативная активность, создание климата доверия и др. Исцеление или облегчение течения болезни одного из членов семьи во многом зависит от того, насколько успешно преодолеваются негативные стереотипы поведения, среди которых сравнительно часты враждебное отношение к медицинскому персоналу, обвинения в предвзятости, невнимательности, вымогательстве и т.п.

Врач, общаясь с семьей, решает вопросы ее отношения к проблемам здоровья, болезни, лечения. Ему часто приходится иметь дело со сложными взаимоотношениями между личностью и семьей, между семьей и окружающим миром. Его обязанностью является помочь семье приспособиться к уходу за больным и его лечению. Неадекватное поведение отдельных членов семьи создает предпосылки к возникновению конфликтов, накоплению внутрисемейного напряжения. Важно помнить, что в эмоциональной поддержке врача, психотерапии нуждается не только больной член семьи, но и его окружение.

Среди задач, решаемых врачом при работе с семьей пациента, находится формирование правильного представления о болезни, помощь членам семьи реорганизовать свою жизнь в соответствии с изменившимися условиями, избежать неправильного поведения, включить пациента в жизнь семьи.

*Эгеротогения* – это словесное неблагоприятное воздействие одних пациентов на других. Оно обычно имеет место, когда у людей в условиях тесного контакта есть много свободного времени, например, при нахождении в больничной палате, в очереди на амбулаторный прием к врачу. Проявляется в виде напряжения, тревоги, иногда психического шока или паники. Такие состояния индуцируют так называемые «бывалые», невро- и психопатичные пациенты. Эти люди много читают популярной литературы, себя считают подготовленными «лучше врачей», падки на всевозможные сообщения о медицинских сенсациях, чаще всего извращенно их воспринимают. Посещают

экстрасенсов, знахарей, создают вокруг них шумиху, рекламу. Попав в больницу, поликлинику, санаторий, они с завидной настойчивостью организуют вокруг себя своего рода «клуб околomedicalных знаний». С непререкаемым апломбом и агрессией раздают советы и рекомендации, делятся своими прогностическими соображениями, по большей части мрачными, зловещими, ввергая в уныние и депрессию своих слушателей. «Просветительская» деятельность таких чрезмерно активных пациентов особенно негативна, если их соседи страдают аналогичными или похожими по течению заболеваниями.

Запретами со стороны врачей остановить таких знатоков от медицины, обычно, не удастся. В подобных ситуациях нужны радикальные меры, например, перевод в палату, где соседи по различным причинам не смогут или не будут заинтересованной аудиторией, или выписка из стационара, если позволяет состояние здоровья.

Вере человека в чудеса многие тысячелетия. Время научного разоблачения чудес намного короче. Не случайно люди, особенно в трудных ситуациях, готовы в них еще верить. Одними из наиболее важных задач являются способность и необходимость понять пациента. Его страхи, опасения, тревоги, связанные с болезнью, снижают эффективность лечебных мер, усиливают неуверенность в завтрашнем дне. Чем больше они будут понятными врачу, тем больше к нему станет надежды и доверия у пациента.

Здравоохранение в своем арсенале борьбы с «чудесами» располагает действенными средствами. Первым из них является наглядность – видимая всем результативность работы по сохранению, восстановлению и укреплению здоровья населения. В тесном контакте с ней находится направленная профессиональная просветительская работа. Для ее эффективной реализации требуются время, настойчивость, ориентация на конкретную аудиторию. Это глубокая, профессиональная пропаганда медицинских знаний среди больших масс населения путем использования всего арсенала коммуникаций, в том числе и индивидуальная разъяснительная работа с пациентами. Путь замещения ложных знаний адекватным медицинским просвещением оптимален. Охватывается несравнимо большая аудитория. У людей создается умонастроение психологической устойчивости, уверенности в благополучии с собственным здоровьем. Убежденное профессиональное выступление врача воспринимается с большим доверием еще и потому, что он является представителем системы здравоохранения, где в практику внедре-

ны лучшие достижения медицинской науки и практической деятельности.

*Пределы возможностей медицины.* Очень часто врач вынужден решать сложные морально-этические проблемы, которые особенно остры у черты жизни и смерти. Смерть такое же явление, как рождение и жизнь. Требование избавить человечество от смерти – это забвение законов диалектики, законов биологии. Расхожее среди населения мнение – «если человек умер, в этом кто-то виноват» – не имеет под собой оснований. Несмотря на огромные достижения современной науки о человеке, организм его в каждом отдельном случае остается во многом неясным, непрогнозируемым объектом. Медицина всесильна в пределах своих достижений лечения многих болезней, устранения страданий. Очень важно, чтобы пациенты, население в целом, лучше понимали и врачей, и врачевание.

*«Высшая инстанция».* Во всех сферах организованной человеческой деятельности есть такое понятие. Есть оно и в медицине. Люди, страдающие тяжелой болезнью, стремятся обратиться именно туда за медицинской помощью. В нашем отечестве ею является республиканский уровень здравоохранения, а по административной лестнице – Министерство здравоохранения. Попытки многих пациентов пробиться «наверх» преимущественно связаны с тем, что авторитет местного здравоохранения в их глазах уступает республиканскому.

Обоснований для таких оценок немало: вдруг местные врачи ошибаются, возможно, недостаточен уровень их квалификации, заинтересовало сообщество в средствах массовой информации об установленной в столичной клинике чудо-аппаратуре новейшего поколения и пр. Следует понимать, что каждый пациент, как и все остальные люди, живет свою одну-единственную жизнь и что при серьезных проблемах со здоровьем обратиться к известному врачу, получить обследование, для него это может быть последняя надежда, отнимать которую никто не имеет права. Наоборот, следует оказать содействие поискам пациента. Но они должны быть профессионально управляемыми, а обращения адресными и согласованными. Пациент не должен быть оставлен сам с собой в состоянии беспомощности и ощущением незащитности. Обязанность лечащего врача (участкового терапевта, ВОП, в стационаре) быть непосредственным участником лечебно-диагностического процесса конкретного пациента, где бы он ни осуществлялся. В этом заключается реализация в части, касающейся здравоохранения, статьи 3 Конституции Республики Бе-

ларусь: «Человек, его права, свободы и гарантии их реализации являются высшей ценностью и целью общества и государства».

**Заключение.** Каждое время, уровень развития всех естественных дисциплин определяют возможности медицинской науки, вырабатывают свой эталон врача. Чем выше уровень технического, общего культурного развития народа, тем выше требования к медицинской науке, к врачу в отношении качества медицинского обслуживания. В профессии врача больше всего от будущего. В нем должны быть соединены точность исследователя с широчайшим кругозором гуманитария.

В 1940 г. в Йельском университете США прочитан курс лекций «Медицина и благополучие человека». В заключительной лекции автор курса Г.Сигерист сказал: «В нашем представлении начинается вырисовываться *новый облик врача*. Это – ученый и общественный деятель, умеющий сотрудничать с коллегами и поддерживать тесные контакты с людьми, которым он оказывает помощь. Это – друг и руководитель, он будет прилагать все усилия к тому, чтобы предотвратить болезнь, и будет лечить, даже если его усилия окажутся безуспешными. Это – врач, служащий обществу, охраняющий людей и указывающий им путь к более здоровой и счастливой жизни».

Таков предпочитаемый населением образ хранителя здоровья. Его формирование – важнейшая задача государства и общества.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Мудров, М.Я.* Избранные произведения / М.Я. Мудров. – М., 1949. – 296 с.
2. *Писарев, Д.И.* Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии / Д.И.Писарев. – М.: «Медицина», 1969. – 192 с.
3. *Кассирский, И.А.* О врачевании / И.А.Кассирский. – М., 1970. – 272 с.
4. *Билибин, А.Ф.* О клиническом мышлении / А.Ф. Билибин, Г.И.Царегородцев. – М., 1973. – 168 с.
5. Первичная медико-санитарная помощь (международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.). – Женева – Нью-Йорк, 1978, – 68 с.
6. *Шамов, И.А.* Врач и больной / И.А.Шамов. – М.: Изд-во УДН, 1986. – 168 с.
7. *Котельников, В.П.* От Гиппократов до наших дней / В.П.Котельников. – М.: «Знание», 1987. – 112 с.
8. Деонтология в медицине / под общ. ред. акад. Б.В.Петровского. – М.: Медицина, 1988. – Т.1 – 351 с., Т.2 – 414 с.
9. *Лецинский, Л.А.* Деонтология в практике терапевта / Л.А.Лецинский. – М.: «Медицина», 1989. – 208 с.
10. *Петленко, В.П.* Мудрость взаимности / В.П.Петленко, И.А.Шамов. – Л.: Лениздат, 1989. – 222 с.
11. *Эльштейн, Н.В.* Медицина и время / Н.В.Эльштейн. – Таллинн, 1990. – 352 с.
12. *Покровский, В.И.* Биомедицинская этика / В.И. Покровский, В.Н.Игнатьев, Ю.М.Лопухин [и др.]; под ред. В.И.Покровского. – М.: Медицина, 1997. – 224 с.
13. *Шопенгауэр, А.* Две основные проблемы этики; Афоризмы житейской мудрости: Сборник / перевод с нем. – Мн.: ООО «Попурри», 1997. – 592 с.
14. *Рокицкий, М.Р.* Этика и деонтология в хирургии / М.Р.Рокицкий. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. – 32 с.
15. *Яровинский, М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика) / М.Я.Яровинский. – М.: «Медицина», 2001. – 205 с.
16. *Яровинский, М.Я.* Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). Второй выпуск / М.Я. Яровинский. – М.: «Медицина», 2001. – 251 с.

#### DOCTOR-PATIENT TEAM-UP IS HIGH ART IN ATTAINING HEALTH

**N.N.Piliptsevich, T.P.Pavlovich,  
A.N.Piliptsevich, E.A.Koroed**

The problem of a doctor-patient team-up is predominant in medical ethics. Many new aspects of it have emerged. Their solution requires a comprehensive discussion, appreciation and, perhaps, legislative regulation. A doctor has become responsible for the health of all. He is obliged to all, holds a personal interest and answers for all. An onrushing, demanding, threatening patient has formed, but not a patient, seeking medical care. In attaining the highest value on earth - health, - at a minimum, a respected doctor who has confidence in his professional activities, works in workmanlike manner, and a patient who is interested in his health and interacts with a doctor, are required.

Поступила 15.03.2012 г.