

НОВЫЕ ЗАДАЧИ КУРСА «БИОЭТИКА» В КОНТЕКСТЕ МОДЕРНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

©2010 А.Ф.Амиров, Е.Ф.Липатова

Башкирский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 02.11.09

Патернализм, доминирующий в медицинской практике, в двадцать первом веке заменяется принципом автономии пациента, и добровольное информированное согласие становится составляющим современного лечения. Подводя предварительные итоги эксперимента, предлагаем рассматривать проблему добровольного информированного согласия пациентов как одну из ключевых в курсе «Биоэтика», а практическую подготовку будущих врачей – ориентировать на формирование соответствующей компетентности.

Ключевые слова: информированное согласие, коммуникативная компетентность, коммуникативный процесс, терапевтический союз.

В последние годы в мировой медицинской практике происходит широкомасштабный отказ от традиционной патерналистской модели отношений «врач – пациент», при которой первый решает, а второй безоговорочно принимает данные решения. П.Тищенко в статье «Биоэтика: власть публичного обсуждения» указывает на то, что пациент, как социальная фигура, лишен основных прав человека, и прежде всего права самому определять и контролировать свою жизнь (право на самодетерминацию). Человеческое достоинство пациента (право быть личностью, а не объектом) оказалось незащищенным в условиях господствующей на протяжении столетий патерналистской модели. Если в США в начале 60-х гг. XX в. случаи информирования пациента были исключением из правил, то уже в начале 80-х исключением стало сокрытие такой информации¹.

Современное законодательное регулирование отношений между пациентом и медицинским работником соответствует курсу России на создание правового государства, где главным принципом провозглашается закон, а не те или иные формы власти. Правовое государство характеризуется переходом от запретительного и обвинительного понимания права, от права как «уложение о наказаниях» к пониманию права как «совокупности общеобязательных правил поведения». Российское законодательство «Об охране здоровья граждан» являет собой типичный обра-

зец охранительного права². В Общеправовой классификаторе отраслей законодательства РФ в 1993 г. включается самостоятельная отрасль – Законодательство об охране здоровья граждан. Именно в этот период в законодательной практике России, отмечает В.И.Покровский, разработаны специальные статьи, раскрывающие права пациентов. Среди различных прав, предоставленных пациенту, обращает на себя внимание право на добровольное информированное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от него³. Согласно «Основам законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина. Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных статьей 34 настоящих Основ⁴. В.А.Рыков, комментируя права и обязанности пациента, подчеркивает, что добровольность согласия пациента на вмешательство означает отсутствие

⁰ Амиров Артур Фердсович, доктор педагогических наук, профессор, заведующий кафедрой педагогики и психологии. E-mail: rectorat@anrb.ru

Липатова Елена Ефратовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры педагогики и психологии с курсом ИПО. E-mail: Lipatovaelena@yandex.ru

¹ Тищенко П. Биоэтика: Власть публичного обсуждения // Врач. – 1993. – № 2 – С. 55 – 57.

² Силуянова И.В. Биоэтика в России: Ценности и законы. – М.: 1997.

³ Покровский В.И. Биомедицинская этика. – М.: 1997.

⁴ Закон Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». – Ст. 31, 32, 33. – М.: 2008. – (Федеральный закон).

какого-либо давления в момент принятия решения, а также возможность отзыва своего согласия в любое время. Информация о состоянии здоровья должна содержать сведения о характере патологии, прогнозе при лечении и без него, а не рассказ об этиологии и патогенезе болезни; о предполагаемых методах диагностики и лечения, степени их риска и возможности осложнений, наличия альтернативных способов лечения в этом или ином ЛПУ; поступать в доступном виде, то есть в такой форме, чтобы не испугать больного и не позволить его эмоциям возобладать над здравым смыслом. Право получить информацию закреплено и в ст.140 Уголовного Кодекса Российской Федерации «Отказ в предоставлении гражданину информации»⁵.

Патернализм, доминирующий в медицинской практике в России, в двадцать первом веке заменяется принципом автономии пациента, и информированное согласие становится составляющим современного лечения. Подобная смена парадигмы взаимоотношений врача и пациента наблюдается и в мировой медицинской практике. По данным ВМА, по всему миру в юридических и этических нормах закреплено право пациента на принятие решений, касающихся его лечения. В Декларации прав пациента ВМА записано: «Пациент имеет право на свободу принятия решений, касающихся его. Врач при этом должен проинформировать пациента о последствиях этих решений. Находящийся в здравом уме совершеннолетний пациент имеет право дать или не дать согласие на любые диагностические процедуры и терапию. Пациент имеет право на получение всей необходимой для принятия решений информации. Пациент должен четко понимать цель любого теста или процедуры, что могут означать результаты и что будет следовать из соответствующего согласия»⁶.

Добровольное информированное согласие, по мнению В.И.Покровского, предполагает новые модели общения врача и пациента. Ученый считает, что смысловым центром подавляющего большинства конфликтов и напряженностей в медицине были и остаются взаимоотношения врача и пациента, правовые и этические стороны их общения. Новый тип отношений исходит прежде всего из признания автономии пациента, его права на самоопределение, обсуждение и собственное мнение в принятии решений. Задача врача при этом значительно усложняется, поскольку теперь он выступает не только как специалист, применяющий свои знания и умения

для сохранения здоровья пациента, но и как человек, анализирующий и взвешивающий в соответствии с культурными, религиозными и иными ценностями и установками пациента последствия обследования и лечения⁷. О глубоком заблуждении, что главными во врачевании являются профессионализм, умение быстро и квалифицированно оказать медицинскую помощь нуждающемуся в ней человеку, а манера общения и прочие моменты не столь уж и важны, рассуждает и И.Денисов: «Общение как коммуникативный процесс имеет множество нюансов, каждый из которых значим сам по себе»⁸. Переход к совокупности общественно обязательных правил поведения автоматически перестраивает систему взаимоотношений между врачом и пациентом и предполагает новую совместную деятельность, направленную на терапевтический союз. И.Денисов в статье «Врач и больной: специфика общения и нерешенные проблемы медицины» поднимает вопрос о готовности населения сотрудничать с врачами в новой системе здравоохранения: «Специализация медицины усиливает власть врача над пациентом. С усложнением методов диагностики и лечения возрастает зависимость больного (медицинская модель), ему все труднее понять целесообразность тех или иных процедур, легче потерять уверенность в своей способности самостоятельно противостоять болезни»⁹. С другой стороны, считают авторы, «поведенческая» модель позволяет переложить ответственность за здоровье на пациента, а в случае отказа пациента строго следовать предписаниям возникает возможность обвинить его в беспечном отношении к собственному здоровью»¹⁰. М.Я.Яровинский, рассматривая отношения между врачом и пациентом как систему, обращает внимание на то, что необходимо вначале взглянуть на врача и понять, что он представлял из себя вчера и представляет сегодня, потом обратить взор на другую сторону системы – пациента и, разумеется, не забыть о болезни, которая привела его к врачу. Все эти слагаемые многолики, многогранны, и неслучайно были востребованными тысячи лет назад, а сегодня требуют углубленного изучения¹¹.

Как известно, медицинское образование, как и любое профессиональное образование, ведет не

⁷ Покровский В.И. Биомедицинская этика...

⁸ Денисов И., Косарев И. Эстетика общения в профессиональной деятельности врача // Врач. – 1992. – № 12. – С. 34 – 35.

⁹ Денисов И., Косарев И., Юновидов И. Врач и больной: Специфика общения и нерешенные проблемы медицины // Врач. – 1993. – № 5 – С. 47 – 49.

¹⁰ Там же.

¹¹ Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика). – М.: 2001.

⁵ Рыков В.А. Медицинское право: справочник в вопросах и ответах. – Ростов на / Д.: 2002.

⁶ Джон Р. Уильямс. Руководство по медицинской этике / Под ред. Ю.М.Лопухина, Б.Г.Юдина, Л.А.Михайлова. – М.: 2006.

только к накоплению вполне конкретных профессиональных знаний, но и, в психологическом плане, – к формированию соответствующего этим знаниям профессионального понятийного аппарата. Структура этого понятийного аппарата определяется, с одной стороны, принятой в научном сообществе парадигмой, а с другой, фиксирующим эту парадигму государственным законом.¹² Смена законодательной базы в системе здравоохранения привела, в свою очередь, к необходимости выполнения врачом определенных положений и, в частности, проведения информированного добровольного согласия.

В контексте новой парадигмы медицинской деятельности нами сформирован следующий понятийный аппарат: 1) Любой врачебный процесс должен включать в себя первичный этап – информированное добровольное согласие. 2) Информированное добровольное согласие подразумевает обязательный коммуникативный процесс, направленный на создание терапевтического союза. 3) Профессионализм врача определяется не только классическими медицинскими знаниями патологии, но и включает в себя коммуникативную компетентность.

На наш взгляд, практический интерес проявляется как в изучении особенностей формирования и функционирования предложенного понятийного аппарата в практическом здравоохранении, так и в условиях использования когнитивного стиля обучения, направленного на опережающее формирование данного аппарата.

В ходе предварительной подготовки эксперимента была выдвинута рабочая гипотеза о том, что когнитивный подход в обучении способствует развитию метакогнитивной деятельности и формированию метазнаний, которые в процессе обучения должны сохраняться и развиваться.

Методом исследования стало анкетирование. Для уточнения содержания и количества вопросов анкеты нами в 1998 г. проведено пилотажное исследование с объемом выборки 300 врачей. Анализ результатов поискового эксперимента показал, что на данный момент времени врачи не имели представления о необходимости проведения с пациентами процедуры информированного добровольного согласия. Следующим этапом (1999 г.) было составление анкет не только для врачей, но и для пациентов, где мы отразили основные положения «прав пациентов». Было опрошено более 1300 пациентов в возрасте старше 17 лет и 400 врачей. Результаты прове-

денного исследования показали, что большинство респондентов (95%) не знали о существующих положениях законодательства РФ и лишь 5% предполагали о существовании в законодательстве России положения о правах пациента. Установлено, что у респондентов не сформировано представление о сути и содержании такого понятия, как «информированное добровольное согласие пациента», а данные по специалистам здравоохранения показали, что последние не могли реализовать принципы информированного согласия в реальном коммуникативном процессе с пациентом. Для принятия решения (согласия или несогласия на медицинское вмешательство и выбор альтернативного лечения), согласно положению, пациент должен проанализировать полученную информацию и дать осознанный ответ. Если рассматривать коммуникацию как процесс кодирования значимой информации при отсутствии в коммуникационном процессе четко сформированного кодированного сообщения, невозможны декодирование и обратная связь. В связи с тем, что опрошенные врачи не владели основными требованиями, предъявляемыми к процессу передачи информации пациенту (в ходе получения его информированного согласия), в модели лечебного взаимодействия наблюдалось полное нарушение, и парафраз содержания был невозможен. Эффективность беседы, согласно Рудольф и Кэтлин Вердербер, связана с определенными правилами, несоблюдение которых ведет к нарушениям коммуникации¹³. Анализируя с данной позиции результаты исследования первого этапа, мы выделили нарушения «правила качества» – сообщение достоверной информации, «правила количества» – требование сообщать достаточное или необходимое количество информации, «правило уместности» – требование сообщать информацию, связанную с обсуждаемой темой. Таким образом, обмена информацией в контексте информированного добровольного согласия между субъектами деятельности и выработки совместной стратегии деятельности не наблюдалось. Цель коммуникации в рамках информированного согласия, как важнейшего фактора совместной деятельности врача и пациента, не была достигнута. На наш взгляд, это было связано с отсутствием у врачей и пациентов информации о законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». А.Ф.Амировым, Е.Е.Липатовой были разработаны и проведены в 1998 – 2008 гг. курсы лекций, отражающие основные положения биоэтики, медицинской деонтологии и медицинской педагогики для преподавателей, аспирантов медицинского университета, курсантов института пос-

¹²Амиров А.Ф., Краснов А.Н., Липатова Е.Е., Моисеева О.Н. Стабильность результатов когнитивного обучения в медицинских вузах (предварительные результаты лонгитюдного эксперимента) // Материалы межрегиональной конференции «Совершенствование последипломного образования». – Ижевск: 2006.

¹³Вердербер Р., Вердербер К. Психология общения. – СПб.: 2003.

ледипломного образования и практикующих врачей. Государственный стандарт ВПО (2000 г.) рекомендует ввести учебную дисциплину «Биоэтика» в учебный процесс на первом курсе лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов. На кафедре разрабатывается и внедряется в учебный процесс данная дисциплина. На втором этапе нашего исследования (2000 – 2001 гг.) было проведено повторное исследование с аналогичной группой респондентов. Анализ результатов полученных данных показал, что, несмотря на полученную врачами информацию («Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и рекомендуемых ВОЗ, ВМА нормативных документов), у опрошенных врачей не наблюдалось конвертирования значения в сообщение. И, как следствие, процесс декодирования информации, определяющийся факторами процесса кодирования, у пациентов был нарушен. В.А.Горянина считает, что «следует учитывать известные трудности на пути к взаимопониманию. Первая трудность – мизонезизм – страх перед новым и неизвестным <...> сопротивление. Современный человек часто реагирует на новые идеи все тем же первобытным страхом, защищаясь таким образом от шока встречи с новым»¹⁴. В практическом здравоохранении Республики Башкортостан (2002 – 2005 гг.), согласно анкетированию (400 врачей), информирование пациента проводилось в 80% стационаров, причем в большинстве случаев при хирургических и анестезиологических вмешательствах. При госпитализации пациент получал информацию о рекомендуемом лечении и подписывал документацию, отражающую его согласие на лечение. Полученные данные свидетельствуют о переходе с «медицинской» модели к «поведенческой». А поведенческая модель, как отмечал И.Денисов, не является идеальной для терапевтического союза¹⁵. Анкетирование 400 пациентов показало, что информация, которую предлагают медицинские работники, не всегда доступна для понимания и не рассматривает приемлемые с медицинской точки зрения альтернативы и риски предлагаемого лечения. В большинстве случаев 90% пациентов предлагается альтернатива лечения или нелечения (налицо поведенческая модель). Информативный

акт коммуникативного процесса страдает из-за обилия медицинской терминологии в объяснениях врача, то есть не соблюдается правило «быть понятным»¹⁶.

Контрольный срез исследования (2007 – 2008 гг.) показал, что в Республике Башкортостан врачи (100%) знают о законе «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Однако врачи, не прослушавшие лекции о нормативных положениях, в отличие от врачей, находящихся в контрольной группе, где применялся когнитивный стиль обучения, не могли составить четкий алгоритм информированного согласия с приоритетом права пациента в получении им в доступной форме информации о заболевании, методах лечения, вариантах медицинского вмешательства, связанном с ними риске. При этом в данной группе наблюдалось смешение понятий статей 31, 32, 33, 34 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Так, врачи интерпретировали положение ст. 32 как необходимое юридическое согласие пациента на лечение или отказ от него, и главным в информированном добровольном согласии, по их мнению, было внесение в историю болезни соответствующей записи. Таким образом, формирование и функционирование предложенного понятийного аппарата наблюдается у врачей, прослушавших лекции на данные темы, то есть в условиях использования когнитивного стиля обучения. Следует отметить, что в 85% случаев врачи отмечали сложности в проведении информированного согласия, направленного на терапевтический союз.

Подводя предварительные итоги эксперимента, мы можем сделать вывод о необходимости рассматривать процесс информированного добровольного согласия пациентов как один из ключевых в курсе «Биоэтика», а практическую подготовку будущих врачей ориентировать на формирование соответствующей компетентности.

¹⁴ Горянина В.А. Психология общения. – М.: 2002.

¹⁵ Денисов И., Косарев И., Юновидов И. Врач и больной: Специфика общения...

¹⁶ Гулевич О.А. Психология коммуникации. – М.: 2008.

NEW TASKS OF THE COURSE «BIOETHICS» IN THE CONTEXT OF MEDICAL EDUCATION AND HEALTH CARE MODERNIZATION

©2010 A.Ph.Amirov, E.E.Lipatova^o

Bashkir State Medical University

Paternalism, dominated in medical practice, is replaced by a principle of a patient's autonomy in the 21 century. The main component of modern treatment is a free-will informed agreement. Summarizing the results of the experiment we can make a conclusion that it is necessary to view the problem of a free-will informed agreement as a key problem in a course of «Bioethics». Practical training of future doctors should be oriented on the development of the appropriate competence.

Key words: informed agreement, communicative competence, communicative process, therapeutic union.

^o *Amirov Arthur Pherdsoovich, Doctor of science (Pedagogics), professor, head of the chair of pedagogics and psychology. E-mail: rektorat@anrb.ru
Lipatova Elena Ephratovna, Candidate of science (Medicine), associate professor of the chair of pedagogics and psychology. E-mail: Lipatoaelena@yandex.ru*