

УДК 17.01

Омеличкин О. В.

ЭТИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КОММУНИКАЦИИ

Аннотация

Предметом исследования является коммуникация в сфере здравоохранения и особенности ее функционирования. Основное внимание уделено моральной стороне информационного взаимодействия и его нормативно-ценностной платформе. Общий исследовательский подход связан с теорией социальной коммуникации. В работе использован дискурсивный метод, позволяющий представить содержание и направленность коммуникативных действий. Рассматривается диалог как специфический способ функционирования коммуникации в медицине. *Результаты* исследования фиксируют этическое состояние медицинской коммуникации на разных уровнях социальной организации – в отношениях между медиками и пациентами, между коллегами в медицинском учреждении, в обществе в целом. Человеческая сущность здравоохранения предполагает его моральное измерение в аспекте взаимопонимания, доверия, согласия и сотрудничества. основополагающими чертами данных

отношений выступают эмпатия, милосердие, взаимное уважение, ответственность, действенная помощь и т. д. участников. Общим *выводом* работы является утверждение об определяющем характере нравственных и гуманистических отношений в здравоохранении. Поэтому вся медицинская коммуникация должна строиться на основе этических норм и установок. Для этого необходима моральная консолидация медицинских работников и граждан и повышение качества медицинского обслуживания при соблюдении принципов общечеловеческой нравственности.

Ключевые слова: здравоохранение, мораль, медицинская коммуникация, информация, диалог, модели взаимоотношений, медицинский коллектив, сострадание, медицинская помощь, просвещение.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования

Данная работа не имела источников финансирования.

Для цитирования: Омеличкин О. В. Этическое содержание медицинской коммуникации // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2022. Т. 3. № 1. С. 17–26.

Статья поступила в редакцию 05.02.2022 г.

PHILOSOPHY

Omelichkin O. V.

ETHICAL CONTENT OF MEDICAL COMMUNICATION

Abstract

The subject of the study is communication in the field of healthcare and the main features of its functioning. The paper focuses on the moral aspect of information interaction and its normative - value platform. The general research approach is related to the theory of social communication. The author uses a discursive method which allows to present the content and orientation of the communicative actions. A dialogue is interpreted as a specific way of communication functioning in medicine. The results of the study are suggestive of the ethical status of medical communication at different levels of social organization – in doctor- patient relationships, interaction among colleagues in a medical institution and in the society as a whole. The human nature of healthcare assumes its moral dimension involving mutual understanding, trust, consensus and cooperation. The fundamental features of such relationships are empathy, mer-

cy, mutual respect, responsibility, effective assistance, etc. of the participants. The general conclusion of the research is the statement about the dominant nature of moral and humanistic relations in healthcare. Therefore, the entire medical communication should be based on ethical norms and attitudes. This requires moral consolidation of medical workers and citizens, as well as the improvement of medical service quality in compliance with the principles of universal morality.

Keywords: healthcare, ethics, medical communication, information, dialogue, interaction models, medical team, compassion, health care, education.

Conflict of interests

None declared.

Source of financing

There was no funding for this project.

For citation: Omelichkin O. V. Ethical content of medical communication // Humanities and social sciences bulletin. 2022. Vol. 3. No. 1. P. 17–26.

Введение

Медицину можно представить, как особую коммуникативную среду, в которой происходит передача информации, взаимодействие и объединение разнообразных мнений, действий, отражающих представления людей о проблемах здоровьях и способах их лечения. Степень совместимости имеющихся позиций весьма различна, обусловлена наличием специальных знаний, жизненно-го опыта, но все они образуют единое коммуникативное пространство взаимной направленности и обусловленности, которое порождает новые формы медицинских отношений и увеличивает лечебные и реабилитационные возможности отрасли. Биоэтика прокламирует принципиальный отказ от замкнутости и разобщенности и ориентирует на открытость коммуникативных связей и сотрудничество людей. Многообразие данных связей постоянно воспроизводится в силу богатства и сложности самой здоровьесберегающей деятельности, которая отличается непрерывным и упорядоченным обменом информацией, стремлением к принятию компетентных и ответственных решений. Поскольку медицинская информация быстро распространяется, она должна правильно пониматься и постоянно проверяться.

Отметим возрастающий интерес к особенностям коммуникационной системы и ее совершенствованию в сфере здравоохранения. В нее включены медицинские работники, пациенты, заинтересованные граждане, отраслевые организации, интерактивные средства, предоставляемые медицинские услуги, сообщения, собственно знания и т. д., которые обеспечивают информационные процессы. Специалисты выделяют в них правовые, организационные, лингвистические и другие аспекты. Вопросы этические при этом не получили должного освещения. В данной статье основное внимание будет уделено не различным каналам, средствам связи или современным информационным технологиям в медицинском обслуживании, а моральной стороне социального взаимодействия, оказывающей заметное влияние на результаты лечения.

При этом следует учесть существование ряда неблагоприятных для развития медицинской коммуникации факторов. К их числу относится ограниченность ресурсов и недостаточность финансирования информационной деятельности отрасли, нехватка специалистов, способных организовать эту работу, закрытость профессиональной информации о некоторых вопросах здоровья населения, отсутствие действенной пропаганды здорового образа жизни и т. п. Поэтому необходима большая и долговременная работа по налаживанию коммуникативных связей в здравоохранении, просвещению общества, предупреждению о возможных угрозах и необходимости повышения ответственности каждого человека за свое здоровье.

В процессе коммуникации происходит информирование населения по вопросам поддержания здоровья и формирования здорового образа жизни, о необходимости тесного взаимодействия и партнерства населения с медицинскими работниками, о качестве медицинского обслуживания в стране и отдельном регионе, о роли СМИ и других источников в медицинском просвещении, о правах и ответственности граждан и т. д. Влияние, которое оказывает мораль на информационные отношения в сфере здравоохранения, – актуальная и относительно новая проблема биоэтики. Оно может проявиться в изменившемся эмоциональном состоянии пациентов, в понимании и доверии к рекомендациям врачей, расположенности к сотрудничеству и в стремлении к здоровому образу жизни, в повседневном поведении граждан. Существует и ответный запрос, и прямое воздействие общества на развитие сферы здравоохранения. От медицинских работников ожидается, помимо профессионализма, проявление таких нравственных качеств, как доброта и сочувствие, милосердие и забота. Причем в основе этого лежат не только категории добра и справедливости, но и критерии пользы, которые имеют более конкретный и предметный для медицины характер.

В основу исследования положена *теория социальной коммуникации*, рассматривающая функциональные особенности общения представителей различных социально-профессиональных групп. Среди механизмов взаимодействия особая роль отводится моральным ценностям и нормам, определяющих его содержание и модели коммуникативного поведения участников. Данная теория позволяет изучать как межличностные формы коммуникации, так и массовые процессы.

Коммуникация является необходимой частью взаимодействия людей, в процессе которого происходит обмен информацией, знаниями, оценками и т. п. Она выражается в «способности живых существ передавать друг другу данные о состояниях и событиях окружающего мира и своего организма. Способность к коммуникации порождает социальное взаимодействие» [6, с. 14–15]. Коммуникация выступает опосредованным и целесообразным взаимодействием различных субъектов. Она существует во всех сферах жизни общества. С ее помощью обеспечивается непрерывная связь между людьми, их совместная жизнедеятельность и кооперация. Особое значение коммуникация имеет в сфере здравоохранения.

В научной литературе выделяют следующие виды коммуникации: межличностные, когда общение происходит между двумя и более индивидами; межгрупповые, при котором взаимодействие осуществляется между представителями различных групп населения; массовые – передача информации различными общественными институтами на большие аудитории с помощью особых средств. При этом сами коммуникации могут быть прямыми

(непосредственные контакты) и опосредованными (через институты, на дистанции), организованными (систематические, проходящие по правилам) и спонтанными (неподготовленные, случайные), формальными (документированные, имеют официальные источники) и неформальными (неофициальные, личная информация, слухи), в зависимости от используемых средств – вербальными (переговоры, переписка) и невербальными (изображения, символы). Устная вербальная коммуникация имеет такие формы, как монолог (речь одного человека), диалог (разговор двух людей), полилог (переговоры нескольких участников).

Существуют также различные типы общения. В научной литературе выделяют *директивное* общение, в основе которого лежит стремление к подчинению и контролю над оппонентом. В *манипулятивном* общении императивное воздействие осуществляется в скрытых формах и не всегда осознается людьми. *Диалогическое* общение строится на взаимном доверии и равноправии партнеров.

Специфическим способом функционирования и развития коммуникации в здравоохранении является диалог. Участники в нем не противостоят, но взаимно полагают друг друга, коммуникативными связями обеспечивая единство всей системы. Диалог или полилог выступает своеобразным механизмом решения медицинских проблем на основе достижения взаимопонимания и сотрудничества. В ходе его происходит обмен информацией, вырабатываются достоверные знания, достигается согласие сторон, определяется стратегия и тактика лечения. Диалог включает в себя разнообразные формы непосредственных и опосредованных контактов. Он придает нравственное измерение существующим в медицине отношениям. Они имеют более или менее устойчивый характер и отражают особенности культуры и нравственных правил поведения.

Под медицинским диалогом (полилогом) мы понимаем информационное взаимодействие гражданских субъектов и представителей медицинского сообщества, направленное на выработку общих целей и согласованных действий по защите здоровья населения. Такой диалог выступает как средство выявления существующих проблем и приоритетных задач, объединения усилий и принятия оптимальных решений. В этой связи он выполняет познавательные, регулирующие, консолидирующие, воспитательные и другие функции. Его этическое содержание заключается в том, что на общей нормативно-ценностной платформе субъекты адекватно воспринимают информацию и требования друг друга. Ведь участники не только стремятся к истине, но рассчитывают на установление доверительных и равноправных отношений, терпимость и сопереживание сторон, на правильность принимаемых решений.

Если общий процесс социальной коммуникации в

известном смысле может не учитывать особенности отдельных адресатов, то медицинский диалог предполагает конкретных участников с их проблемами и пожеланиями. Он протекает в определенных рамках, обусловленных предметом обсуждения, принятыми правилами и процедурами взаимного информирования и согласия. Следует учитывать, что по своей природе диалог критичен, в нем осуществляется сопоставление и отбор приемлемых аргументов. Возможное столкновение различных мнений требует интенсификации и углубления процесса обсуждения. При этом позиции сторон могут меняться и подвергаться корректировке. Существенное значение имеет не только информационный обмен, но взаимное понимание и доверие, способствующее выработке совместных решений. Соблюдение моральных норм и ролевых предписаний, взаимный контроль и коллективность усилий способствуют достижению поставленных целей.

Поэтому диалог (полилог) существенно отличается от других форм коммуникативного взаимодействия. Так, монолизм основан на односторонней связи, отрицающей равноправие сторон. В нем не предполагается ответной реакции объекта воздействия. А возможные в медицинской практике споры и конфликты автономных субъектов всегда нацелены на выявление победителей и побежденных. Диалог же не сводится к соперничеству и поиску виновных. В нем вполне допустима асимметричность отношений, при которой некоторые субъекты оказывают большее влияние благодаря своему статусу, авторитету, информированности, опыту. Но при этом он предполагает свободу и самостоятельность участников, взаимный контроль, конструктивное сотрудничество между ними. Демократизм отношений становится отличительной чертой медицинского диалога в наши дни.

В работе используется *дискурсивный метод*, который в общем виде предполагает рассмотрение специфического содержания и последовательности коммуникативных актов. Благодаря этому формируется общий механизм информационного взаимодействия, которое создает определенное смысловое поле и социальную направленность коммуникативного действия (высказывания). Одной из разновидностей институционального дискурса является медицинский дискурс, представляющий собой специализированную форму общения медицинских работников и пациентов по поводу их здоровья и необходимой помощи.

Основное внимание уделено следующим моментам: коммуникативной компетентности медицинских работников; этически обоснованным формам и моделям взаимоотношений врача и пациента; различным уровням передачи медицинской информации и ее воздействию на реципиентов; влиянию морали на характер отношений в сфере здравоохранения и способы оказания медицинской помощи; обоснованию необходимости реализации

стратегии сотрудничества в процессах медицинской коммуникации.

Исследуются этические проблемы, возникающие на разных уровнях медицинской коммуникации: взаимоотношения между медиками и пациентами, включая их близких и родных; взаимодействие между сотрудниками в медицинском учреждении (медицинский и административный персонал); коммуникация между медицинской организацией (сообществом) и обществом в целом.

Результаты исследования

Одной из важнейших проблем биоэтики и медицинской деонтологии являются этическое регулирование отношений медицинских работников и пациентов, включая их близких. Они изначально порождают нравственные коллизии. Во-первых, отношения отличаются ролевым неравенством врача и пациента, доминированием одного и зависимым положением другого. Во-вторых, общение происходит на фоне болезни и страданий пациента, что побуждает его к вынужденному согласию с предлагаемыми стратегиями лечения. В-третьих, компетентность и опыт врача не могут быть оспорены, тогда как самоощущения пациента носят субъективный и сомнительный характер, а его знания ограничены. В-четвертых, медицинский работник лучше осведомлен о формальной и юридической стороне дела, включая регламент, права и обязанности сторон, тогда как пациент в данных вопросах зачастую не сведущ. В-пятых, в условиях многочисленности медицинского персонала и множественности необходимых процедур весьма сложный характер приобретает вопрос о персональной ответственности за результаты лечения. В-шестых, развитие информационной среды здравоохранения способствует формированию у населения иллюзии компетентности в вопросах медицины и критическому отношению к рекомендациям. В-седьмых, применение новых технических средств и машинных технологий в диагностике и лечении актуализирует вопрос о недостаточности человеческого внимания к здоровью людей и их правам; в-восьмых, сами моральные нормы и правила взаимодействия в медицинском учреждении недостаточно четки и однозначны, что неизбежно порождает различные их толкования и споры. В-девятых, отношения в сфере здравоохранения приобретают все более коммерциализированный характер, что побуждает сотрудников медицинских учреждений заботиться о прибыли, а не только о здоровье людей. Перечень подобных моральных противоречий и конфликтов может быть продолжен (деперсонализация лечения, редкость контактов с пациентами, культурные и религиозные ограничения и т. д.).

Поэтому медицинские отношения нельзя сводить исключительно к коммуникативным процессам, организации соответствующей деятельности, исполнению соци-

альных ролей и т. п., которые не исчерпывают их суть. Наряду с этим медицинское общение обладает моральными свойствами, раскрывает взаимоотношения людей как личностей, имеющие первостепенное значение для их жизни. Этот процесс включает в себя не только внешние контакты и обмен информацией, овладение медицинскими знаниями и умениями, порождаемые необходимостью объединения усилий врача и пациента в достижении общих целей, но, в первую очередь, восприятие и понимание друг друга, сопричастность к внутреннему миру и проблемам партнера, взаимопомощь. Это процесс исцеления и, одновременно, развития и социализации человека, формирования нового отношения к жизни.

Мораль раскрывает важнейшие особенности медицинской коммуникации. Она способствует выработке и закреплению общепризнанных правил и норм общения и формирует общие установки. В ходе медицинского диалога происходит: самопознание и самовыражение людей; обогащение их жизненного опыта; достижение взаимопонимания, доверия и согласия; формирование эмоциональной общности и т. д. Продуктивный медицинский диалог возможен только при условии соблюдения ясных моральных принципов и норм. В биоморали есть объединяющее всех начало, заключенное в уважении к человеческому достоинству и незабываемым правам, в общей приверженности идеалам добра и справедливости. Универсальность этой духовной базы, наличие общих фундаментальных ценностей и приоритетов позволяет объединять усилия по сохранению здоровья народа.

Будучи областью ценностно-смысловых отношений, в которой действуют различные жизненные установки и стереотипы, мораль позволяет приходить к взаимному пониманию и согласию на основе общепризнанной системы стандартов и норм. Среди нравственных характеристик медицинского диалога можно выделить следующие: признание участниками общих для всех моральных ценностей и правил; создание атмосферы доверия, взаимопомощи и сотрудничества; стремление к взаимному объяснению и сближению позиций; принципиальная установка на терпимость и умеренность требований; моральная ответственность и выполнение обязательств и т. п. Мораль играет в медицине важную гуманизирующую роль. Благодаря основанным на ее принципах отношениям может происходить коммуникативная интеграция общества и развитие личности на базе действующей системы ценностей и широкого распространения жизненно важной информации.

В медицинской практике существуют различные формы взаимоотношений между врачом и пациентом. В биоэтике предлагается несколько теоретических схем или моделей таких отношений, в типических чертах которых находят отражение и моральные представления. Рассмотрим некоторые из них.

Патерналистская модель. Вероятно, это наиболее древний тип отношений. Ведущую роль здесь играет врач, который принимает все ответственные решения по своему усмотрению. Пациент беспрекословно следует всем рекомендациям, полностью подчиняясь указаниям врача. Специалисты выделяют также слабый патернализм, который имеет в своей основе временную недееспособность или дезориентированность пациента. В данной модели многое зависит от моральных и профессиональных качеств медицинского работника, в то время как положение пациента носит зависимый и пассивный характер.

Автономная модель. Признается современной формой, основанной на относительном равенстве сторон и партнерских отношениях. Принципиальное значение имеет самостоятельность пациента и его информированное согласие на выбранную тактику и методы лечения. Таким образом, он добровольно принимает на себя часть ответственности за возможный исход. Разумеется, речь идет о моральной независимости пациента. По-прежнему многое решает компетентность и авторитет врача. Попечительская функция его также частично сохраняется. Но реализуется она на основе взаимного доверия и сотрудничества.

В научной литературе выделяют и другие типы медицинского взаимодействия. Так, заимствуя терминологию из политической социологии, говорят об авторитарных и демократических отношениях. Продуктивной выглядит и классификация форм взаимоотношений как монологических (когда говорит только врач) и диалогических (беседа между равноправными субъектами). Можно найти и другие основания для подобного различия. Однако стоит перейти от дихотомических конструкций к более сложным схемам, имеющим нравственное содержание.

Одна из первых подобных типологий была предложена Т. Шашем и М. Холландером. Выделенные ими индикаторы отражали возможные типы взаимоотношений врача и пациента. К ним относились: а) активность врача и пассивность пациента (применим в неотложных случаях); б) руководство со стороны врача и участие в лечении (кооперация) пациента (возможно в условиях стационара); в) партнерство (консультирование). Авторы подчеркивали, что данные типы равноценны, а их выбор зависит от ситуации [9].

В отечественной биоэтике популярна классификация, предложенная американским ученым Р. Витчем. Он выделил четыре основные модели отношений врача и пациента: пасторская (сакральная), когда все решения принимает врач в соответствии с понимаемой им пользой больного и под свою ответственность; инженерная (техническая), когда врач исходит, в первую очередь, из критериев научности и технологичности диагностики и предлагаемого лечения; коллегиальная, при которой участники вы-

ступают как равноправные партнеры, полностью доверяющие друг другу; контрактная (договорная), в которой принципиальное значение имеет соблюдение сторонами определенных правил и соглашений в процессе лечения. Автор отдает предпочтение последней модели, которая, по его мнению, позволяет надежно обеспечить права и свободу пациентов [10].

Существуют и другие модели взаимодействия врача и пациента. По сути, они представляют собой различные варианты уже рассмотренных моделей. Так, Э. и Л. Эмануэл выделяют четыре модели: патерналистскую (активен только врач); информирования (врач рекомендует, решает пациент); интерпретации (врач объясняет и консультирует); совещательную (совместное обсуждение и выработка решений) [8]. Кроме того, разрабатываются модели отношений пациентов с медицинским персоналом среднего звена (медсестры).

В современной медицине используются все представленные модели отношений. Специалисты отмечают, что каждая из них имеет свои достоинства и недостатки. Многое зависит от конкретной ситуации и решаемых задач (например, экстренная помощь или длительное лечение). Чаще всего в западной литературе предпочтение отдается контрактной и опекунской модели. В коллегиальной или технической модели отмечается завышенная или заниженная этическая составляющая. В качестве основной тенденции в развитии здравоохранения рассматривается переход от патерналистской модели к автономной. Но надо учесть и возможные возражения. Так, по мнению ряда специалистов, настоящий непатернализм (как полная независимость пациента) в клинических условиях недостижим и вообще не нужен [7, с.76].

Сложная картина наблюдается в нашей стране. Согласно исследованию, проведенному в 5 регионах России (опрошено 1313 врачей и пациентов), наибольшей популярностью у врачей и пациентов пользуется коллегиальная модель (40,2 и 35,4 % соответственно). Значительно меньше сторонников у патерналистской и инженерной модели. Сомнения у респондентов вызвала контрактная модель (поддержали 10,0 и 13,7%). Приверженность патерналистской и коллегиальной парадигмы в общении в большинстве случаев приводит к снижению конфликтов и жалоб. В других случаях всеми отмечается рост конфликтного поведения. Исследование показало, что основная стратегия поведения врачей – сотрудничество, которое направлено на помощь пациентам (так думают 80,5% врачей и 61,1% пациентов). О допустимых компромиссах говорят только 7,5% врачей и 14,7% пациентов. Отношения противодействия отмечали 4% врачей и 7,4% пациентов. Следует отметить расхождения в восприятии действий врачами и пациентами. Так, пациенты гораздо чаще считают, что врачи не ориентированы на общение с ними, нацелены исключительно на

физическое устранение заболевания (33,7% против 12,5%) и оказывают медицинскую помощь без какого-либо сочувствия больному (46,6% против 28%). Многие респонденты отмечают равнодушие врачей к своим проблемам (42,4%). Далее по частоте упоминаний идут хамство и грубость в отношении пациентов (31,6%). Столь же часто люди жалуются на нежелание врачей учитывать особенности их жизни и объяснять все аспекты выбранного лечения. О нехватке информации говорили 28,5% опрошенных, еще 25,4% ощущали, что врачи стремятся на них заработать. Также пациенты жаловались на то, что врачи не готовы слышать их пожелания или согласовывать с ними решения (10,4%).

Сами врачи придерживаются противоположных оценок (заботятся, утешают, внимательно выслушивают). Вместе с тем они нередко придерживаются критических оценок действий своих пациентов. Врачи жалуются на хамство и грубость пациентов по отношению к медицинским работникам (56,2%). Они сталкиваются с безответственным отношением населения к своему здоровью (54,1%). Часто называется невыполнение пациентами предписанных рекомендаций (48,6%). Раздражает специалистов и уверенность пациентов в собственной информированности (25,8%). С пассивной позицией или завышенными ожиданиями пациентов сталкиваются соответственно 19,6 и 19,0% врачей. По мнению врачей, их часто воспринимают как специалистов, оказывающих не медицинскую помощь, а услуги. Сказанное свидетельствует о необходимости дальнейшей оптимизации взаимоотношений между участниками процесса и налаживания конструктивного диалога [2].

Отношения врача и пациента могут иметь различный характер. Они могут быть *формальными*, поверхностными, основываться на точном соблюдении регламента и выполнении служебной инструкции. В *деловом* общении на первый план выходит решение конкретных задач в рамках общей стратегии лечения и организации самого процесса. *Этические* отношения связаны с духовной близостью субъектов, их взаимным доверием и сотрудничеством. В первом виде общения ведущую роль играет врач, и весь процесс коммуникации связан с транслированием его знаний и предложений. В деловых отношениях имеет место учет интересов и предложений обеих сторон, они носят сбалансированный характер. Стороны защищают свои интересы и готовы к компромиссам. Этическая модель строится на признании уникальности пациента, его проблемы и потребности находятся в центре внимания всего медицинского персонала. Она отличается взаимным доверием и признаваемой общей ответственностью сторон. Наконец, *конфликтное* взаимодействие обычно связано с нежеланием пациента выполнять рекомендации врача и высказываемыми сомнениями в его компетентности. Нередко это приводит к нарушению

коммуникации. Но во всех случаях от врача требуется сохранение достоинства и терпение, деятельное подтверждение профессиональных качеств. Необходимо лечить не только заболевание, но и помогать пациенту как личности.

Отдельного внимания заслуживает вопрос о том, следует ли пациенту сообщать всю правду о его тяжелом или неизлечимом состоянии. В таких случаях возможны разные подходы – от сокрытия правды до полного предоставления информации. Вероятно, здесь необходимо учитывать характер и желания самого пациента. При этом его право «знать» свой диагноз и перспективы уравновешивается моральным правом сохранять надежду на благоприятный исход и «не знать» о скором приближении смерти. Ведь это знание может принести ему вред. Поэтому моральный выбор остается за пациентом. Но врач может скорректировать окончательное решение, исходя из своих представлений о свойствах психики больного и его способности перенести неизбежную травму. При этом всегда необходимо поддерживать надежду человека на какое-то продление жизни. В этом проявляется забота и уважение личности, признание ее неповторимости.

В то же время пациенты должны доверять врачу и исходящей от него информации. Они должны быть уверены, что все действия и назначения врача направлены на сохранение их здоровья. Для этого необходимо получить полную информацию о предлагаемых препаратах и процедурах и возможных последствиях их применения. Таково требование информированного согласия как неизбежного права пациента. В случае сомнения он может отказаться от лечения. Под информированным согласием обычно понимается добровольное принятие пациентом предлагаемого и обоснованного врачом курса лечения. При этом врач обязан предоставить полную информацию о характере заболевания, существующих рисках и альтернативных решениях. При этом сами сведения должны быть рассчитаны как на заинтересованного и осведомленного, так и не подготовленного субъекта. Не должно быть никакого обмана или психологического давления. Только при этих условиях может быть получено добровольное согласие пациентов.

Поэтому чрезвычайно важной является проблема обратной связи между врачом и пациентом и преодоление объективных и субъективных информационных барьеров и помех в их коммуникации. Обратная связь характеризует уровень понимания, доверия и согласия пациента с предложениями врача. Она отражает диалогический характер этих отношений и предполагает двусторонний обмен информацией. Однако существуют определенные барьеры, препятствующие коммуникативному взаимодействию или существенно снижающие его эффективность. Это могут быть психологические, социокультурные,

языковые и другие помехи, приводящие к утрате части сообщений или искажению их смысла. Причем негативное влияние на процесс коммуникации оказывает как ограниченность, так и избыточность информации, которые затрудняют ее адекватное восприятие.

К нравственным аспектам подобных сбоев можно отнести отсутствие индивидуального подхода к пациенту, невнимание к особенностям его личности, авторитарную позицию врача, рекомендации которого не подлежат обсуждению и корректировке, различия в ценностных ориентациях и культурных запросах коммуникантов, стереотипизированность их сознания, склонность к недостаточно продуктивным, но привычным схемам и решениям, закрытость, равнодушие и неумение слушать собеседника и т. д. [См.: 1, с. 204-263] Большинство из них обусловлено тем, что медицинские работники в большей степени занимаются болезнями и ищут эффективные способы их диагностики и лечения, в то время как вопросы жизнедеятельности людей, забота об их психологическом состоянии и желание вести сбалансированный образ жизни остаются без внимания.

Социологические опросы показывают, что россияне достаточно требовательны к качеству медицинского обслуживания. Так, за последние несколько лет 41% респондентов испытывали сомнения и перепроверяли диагноз и назначения врачей (консультации других специалистов, советы близких или фармацевтов). В случае, если обнаружена врачебная ошибка, респонденты рекомендуют обратиться в прокуратуру (42%), к страховщикам (37%), пойти к главврачу (36%) или позвонить на горячую линию Минздрава (32%). Среди наиболее вероятных проблем, с которыми могут столкнуться пациенты в государственной или муниципальной поликлинике, назывались: долгое ожидание записи, очереди, назначение платных услуг, невозможность получить все услуги в одном месте, отсутствие нужного специалиста. Реже встречаются ситуации невнимания со стороны врача или неверного назначения лекарств, хамства медперсонала [3]. Все это говорит о критическом отношении населения к деятельности медицинских работников и ориентации на жесткий контроль.

Очевидно, что эффективность лечения в немалой степени зависит от успешности коммуникации. Она проявляется в положительном изменении сознания и поведения пациента, направленном на его стремление к укреплению своего здоровья. Следует помнить, что физическое и психологическое состояние больного человека крайне тяжелое. Он должен быть обязательно услышан и понят, чтобы сознательно принять предложенный план действия. Для этого необходим авторитет врача, основанный на его компетентности и доброжелательном отношении к пациенту. При этом сопереживание больному должно сочетаться с уверенностью и требовательностью

врача к соблюдению режима лечения. Моральное содержание медицинской коммуникации предполагает искренность и правдивость сторон, безусловное доверие и уважение друг к другу, позитивный настрой и мобилизация всех сил пациента для его выздоровления.

Специалисты подчеркивают, что коммуникативное взаимодействие врача и пациента должно регулироваться деонтологическим кодексом, предусматривающим ряд правил: 1. Вступая во взаимодействие с пациентом, врач должен оставить за порогом все свои личные тревоги и переживания, симпатии и антипатии, политические, религиозные, национальные взгляды и убеждения, нетерпимость и вредные для дела черты характера (брезгливость, высокомерие и прочее). 2. Врач должен всегда сочувствовать пациенту. 3. Врач не имеет права на враждебное отношение к пациентам. 4. Врач должен быть искренне внимателен и терпим. 5. Врач не должен терять надежду на излечение пациента и не имеет права лишать его надежды на исцеление. 6. Врач должен поддерживать оптимистический настрой пациента. 7. Врач должен вызывать доверие у пациента. 8. Врач должен быть снисходителен к странностям, убеждениям, предрассудкам, верованиям пациента. 9. Особое внимание необходимо уделять пожилым, и особенно – одиноким пациентам. 10. Особые требования предъявляют медицинским профессиям, стоящим у истоков жизни, а также к специалистам, нередко сталкивающимся со смертью. 11. Относительно взаимоотношений врача и больного ребенка медицинская этика утверждает необходимость учитывать особенности детской психики и т. д. Общение врача и пациента должно быть не просто передачей информации, а осуществляться во имя выработки взаимопонимания и согласия по поводу лечебной практики [1, с. 289].

Важнейшей сферой медицинской коммуникации являются служебные взаимоотношения в учреждениях здравоохранения. К ним относятся медицинские центры и больницы, поликлиники и лаборатории, профильные учебные заведения. Этические аспекты этих отношений связаны с профессиональной деятельностью коллектива на основе общих для всех нравственных ценностей, норм и правил поведения. Таковыми являются вопросы сохранения жизни и здоровья обратившихся за помощью людей. Вся работа сотрудников медицинских учреждений носит коллективный характер и подчинена общим целям. Поэтому они несут как коллективную, так и персональную ответственность за результаты своего труда. В условиях возросшей специализации медицины каждый работник выполняет определенные функции и задачи. В процессе работы он общается с коллегами, представителями других специальностей, средним и младшим медицинским персоналом. Выстраиваются вертикальные (руководитель-подчиненный) и горизонтальные (сослуживцы) связи. От нравственного характера этих отношений

зависит качество медицинского обслуживания.

Такие отношения должны строиться, прежде всего, на основе принятого в учреждении медицинского этикета. Он предполагает соблюдение взаимной вежливости, тактичность, сдержанность, открытость, деловитость, дисциплинированность, добросовестное исполнение обязанностей, обмен профессиональным опытом и информацией и т. п. сотрудников. К собственно этическим требованиям относятся доброжелательность, взаимное уважение, доверие, взаимопонимание, справедливость, честность, готовность к сотрудничеству, взаимная поддержка и внимание, благодарность за профессиональную помощь, самокритичность и т. д. Работа всего медицинского коллектива носит коллегиальный характер и предполагает, помимо всего прочего, взаимную ответственность, требовательность и контроль со стороны коллектива. При этом недопустимы проявления высокомерия, недоброжелательности, зависти, неприязни, злословия в отношении коллег, пренебрежительное отношение к младшему персоналу. Все это становится препятствием для слаженной работы коллектива, причиной споров и конфликтов. Только при наличии этически выстроенных партнерских отношений между сотрудниками работа медицинского учреждения может быть эффективной. Для решения возникающих проблем целесообразно создание этических комитетов и комиссий.

Исследования показали, что 79,5% врачей охарактеризовали взаимоотношения между коллегами как позитивные и деловые, способствующие выстраиванию эффективных межличностных коммуникаций. Это обеспечивает возможности консультаций и обучения, а так же то, что в сложных ситуациях 97% респондентов обращаются за советом и помощью к коллегам. Основой эффективных взаимоотношений в медицинском коллективе является строгое соблюдение всеми работниками служебной субординации. Она дисциплинирует, обеспечивает преемственность при организации медицинской помощи, способствует организованности и трудоспособности всего коллектива. Большинство респондентов (94%) отметили полное или эпизодическое соблюдение субординации между руководителями и подчиненными, почти 95% подтвердили ее соблюдение между врачами и другими медицинскими работниками [4].

Важнейшей частью медицинской коммуникации являются взаимоотношения медицинского сообщества и всего общества. Обе стороны играют здесь активную роль, и дифференциация общества на социальные группы только усложняет этот процесс. Следует подчеркнуть, что помимо социально-экономических, юридических и других факторов, влияющих на развитие здравоохранения, поскольку речь в нем идет о человеческих отношениях, на первый план выходит их гуманистическое и нравственное содержание, которое является, на наш взгляд, опре-

деляющим. Именно система медицинского обслуживания обеспечивает сохранение самого ценного капитала – жизни и здоровья людей. В результате осуществляется процесс общей медиализации общества, когда медицина в целях народосбережения начинает влиять на все сферы общественной жизни. В общественном сознании закрепляются медицинские термины и теории, а массовое поведение все более контролируется медицинскими стандартами и правилами. Осведомленность в области медицины становится показателем социального статуса и культуры людей.

Медицинская коммуникация в обществе решает следующие задачи: просветительская деятельность по расширению медицинских знаний населения; изменение отношения и установок людей к своему здоровью и образу жизни; информирование о возможностях современной медицины и доступном наборе предлагаемых услуг; сообщение о потребностях самой системы здравоохранения и возможных направлениях ее развития и т. д. Активную роль в ней играют официальные институты и организации здравоохранения, экспертное сообщество научно-образовательных учреждений, коммерческие структуры, связанные с производством и распространением лекарственных препаратов и оборудования, СМИ и интернет-ресурсы, передающие информацию о состоянии и проблемах здравоохранения. Имеющие огромную аудиторию, особенно большое влияние на общество оказывают медиасредства, которые стимулируют интерес людей к вопросам медицины и здоровья и вовлекают в консультационную деятельность специалистов. Они широко используют рекламу для продвижения медицинских товаров и услуг.

Из этого следует, что здравоохранение оказывает влияние на общество не только благодаря непосредственной медицинской помощи работников, но и посредством распространения соответствующей информации. Это важнейший ресурс и канал влияния. Данная информация передается в виде научной литературы, статистических материалов, нормативно-правовых актов, практических отчетов и документов, через неспециализированные издания популярных источников. В результате создается единое информационное пространство, предназначенное для пользования медицинскими работниками, населением, органами управления. Разумеется, часть информации имеет искаженный, недостоверный характер, рассчитана на сенсационность и недобросовестную рекламу. Нередко в этом участвуют люди без медицинского образования или экзотические сторонники альтернативной медицины. Сюда же можно отнести любителей использовать конфиденциальную информацию. Это диктуется особенностями возникшего в нашей стране медицинского рынка. Подобная практика недопустима, поскольку речь идет о здоровье и достоинстве людей. Но благодаря контролю медицинского сообщества, удельный вес проверенных

научных публикаций существенно выше.

В настоящее время широкое распространение получила информационная деятельность нового типа через электронные средства коммуникации. Появилось такое явление, как телемедицина. Многие учреждения здравоохранения используют различные формы телемедицины для оказания помощи на расстоянии (видеосвязь, телефонирование). Так проводятся удаленное наблюдение за здоровьем пациентов, консультации, медицинские передачи, лекции, семинары, мастер-классы, показательные операции и т. д. Особенно популярны интернет-ресурсы – например, блоги, которые ведут специалисты, тематические группы в социальных сетях и т. п. Они также оказывают медицинскую помощь нуждающимся. Она осуществляется в виде справок о симптомах заболевания, способах и средствах его лечения, разоблачения мифов и псевдомедицинских советов, содержит рекомендации по ведению здорового образа жизни. Деятельность данных ресурсов также предполагает соблюдение принятых этических норм.

Важно знать, как к этой деятельности относится само общество. Исследования показывают, что, по мнению 46% россиян, российская система здравоохранения справляется с высокой нагрузкой в условиях пандемии коронавируса, тогда как 49% полагают, что не справляется. При этом у половины опрошенных (51%) за время пандемии не изменилось отношение к представителям медицинских профессий, у 25% улучшилось, а у 18% – ухудшилось. Как видим, сложилось некое равновесие в оценке деятельности медицинских работников. Необходимо значительно повысить качество обслуживания, чтобы получить поддержку населения. О существовании практики дистанционного получения консультаций у врачей (через интернет или по телефону) знают 59% россиян, хотя большинство из них не пользуется такой услугой. А 41% опрошенных даже не слышали о подобной практике. Но при этом 60% россиян допускают возможность ее использования в будущем [5]. Поэтому данный канал имеет определенные перспективы.

Выводы

Медицинская коммуникация должна строиться на основе неукоснительного соблюдения этических норм. Это является не только пожеланием, но и требованием Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. В нем изложены основные принципы охраны здоровья населения, права и обязанности граждан, вопросы доступности и качества медицинской помощи, формы регулирования деятельности медицинских работников и организаций, их ответственность за положение в данной сфере и т. д. В Законе на долгие годы определены основные направления практической

работы в области здравоохранения в нашей стране. В нем подчеркивается высокая социальная значимость деятельности медицинских работников, которая накладывает на них определенные моральные обязательства. Они касаются не только профессиональных знаний и умений медиков или условий их непрерывного самообразования. Необходимыми качествами объявляется сострадание и стремление помочь всем нуждающимся, независимо от пола, национальности и политических взглядов, гуманизм, справедливость, бескорыстие и честность, уважение пациентов и их личного достоинства, ответственность за результаты труда.

Мы считаем, что нравственное содержание коммуникации в данной сфере, связанное с защитой жизни и здоровья людей, является первичным и в определенном смысле превалирует над решением других прагматических задач. В этом проявляется человеческая сущность здравоохранения. Предпосылкой продуктивного взаимодействия является моральная консолидация медиков и граждан. Установка на сотрудничество способствует объединению усилий по достижению общих целей в развитии отечественного здравоохранения. Полноценная коммуникация способствует развитию партнерских отношений и достижению согласия в выборе стратегии медицинской помощи.

В работе рассмотрены малоизученные этические аспекты медицинской коммуникации на разных уровнях социальной организации системы здравоохранения (межличностные, институциональные, общественные отношения), подчеркивается их своеобразие, а также то, что на всех уровнях, помимо оказания необходимой квалифицированной помощи по лечению заболеваний, непременным требованием является соблюдение основных принципов общечеловеческой нравственности. В плане общения с гражданами они включают в себя уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников, признание личных ценностей и нравственных убеждений пациентов, комплексная забота об их здоровье, предоставление полной информации о состоянии и предлагаемых методах обследования и лечения, получение от них информированного добровольного согласия, конфиденциальность предоставляемой помощи и т. д. Основные права пациентов на международном уровне закреплены в Лиссабонской декларации Всемирной Медицинской Ассамблеи в 1981 г. и были подтверждены во многих странах мира. Моральным условием их соблюдения является безусловный приоритет интересов пациентов в деле охраны их здоровья. При этом на пациентов накладываются определенные моральные обязательства – предоставлять полную информацию о заболевании, выполнять все назначения и рекомендации врачей, с уважением и благодарностью относиться к труду работников здравоохранения и т. д.

Одновременно российское государство должно осуществлять моральную и материальную поддержку медицинских работников. Речь идет об обеспечении высокого социального статуса профессии и создании условий для продуктивной профессиональной деятельности и постоянного повышения квалификации. Общество и государство должны изыскать соответствующие их общественной роли возможности для повышения заработной платы медицинских работников, создания необходимых жилищно-бытовых условий и страхования жизни от профессиональных рисков. В моральном плане необходимы меры по защите чести, достоинства и профессиональной репутации медиков. К сожалению, нередко имеет место необоснованная критика, жалобы и претензии, обращения в прессу или судебные органы по поводу их деятельности. Подобные случаи могут иметь реальные основания, но чаще связаны с общей неудовлетворенностью пациентов объективно возможными результатами их лечения. Следует отметить, что случаев благодарности вра-

чам и персоналу за их самоотверженный труд значительно больше. Все это способствует повышению привлекательности медицинской профессии.

Взаимное понимание участников медицинской коммуникации возможно только при таком культурном единстве, когда в их общении используются общие моральные символы и значения, а моральное сознание характеризуется общностью ценностного ряда. Мораль выступает как фактор их идентификации и взаимного уважения. Она определяет изначальную близость представлений людей о жизни и здоровье и возможности их сближения при соблюдении известных правил и ограничений. Мораль выступает здесь как специфическое явление, связанное с установлением духовно-эмоциональных связей между участниками. В ходе медицинской коммуникации те общие ценности и нормы, которые заключены в морали, играют первостепенную роль, поскольку передают рекомендуемые образцы и принципы взаимодействия.

Источники и литература / Sources and references

1. Биомедицинская этика и коммуникации в здравоохранении: учебно-методическое пособие / А. Т. Щастный [и др.]; под ред. А. Т. Щастного. Витебск: ВГМУ, 2018. 310 с.
2. Бузина Т. С., Бузин В. Н., Ланской И. Л. Врач и пациент: межличностные коммуникации // Медицинская психология в России. 2020. Т. 12. № 4. С. 1–21.
3. Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль // ВЦИОМ. Аналитический обзор. 11 декабря 2019 г. Доступно по: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskih-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol> Ссылка активна на 07.02.2022.
4. Мороз И. Н. О проблемах биомедицинской этики и деонтологии: мнение врачей // Медицинский журнал. 2019. № 4. С. 91–95.
5. Российское здравоохранение: мнения и тренды // ВЦИОМ. Аналитический обзор. 23 ноября 2021 г. Доступно по: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/rossiiskoe-zdravookhranenie-mnenija-i-trendy> Ссылка активна на 08.02.2022.
6. Таратухин Е. О., Мирошниченко М. Д., Часовских Г. А., Павлова Е. К. Основы отношений врач-пациент. Курс лекций. Под общей редакцией Е. О. Таратухина. М.: Силиция-Полиграф, 2021. 174 с.
7. Ушаков Е. В. Биоэтика: учебник и практикум для вузов. М.: Изд-во Юрайт, 2016. 306 с.
8. Emanuel E. J., Emanuel L. L. Four models of the physician-patient relationship // Journal of the American Medical Association. 1992. Vol. 267. № 16. P. 2221–2226.
9. Szasz T. S., Hollender M. H. The basic models of the doctor-patient relationship // Archives of Internal Medicine. 1956. Vol. 97. P. 585–592.
10. Veatch R. M. Models for ethical Practice in a revolutionary age. What physician-patient roles foster the most ethical relationship? // Hastings Center Report. Jun, 1972. Vol. 2. № 3. Pp. 5–7.

Информация об авторе:

Омеличкин Олег Викторович, д.полит.н., профессор кафедры философии и культурологии Кемеровского государственного медицинского университета. E-mail: omelichkin.ov@mail.ru. ORCID 0000-0001-6149-0443

Вклад в статью: текст в полном объеме написан автором.

Author information:

Omelichkin Oleg Viktorovich, Advanced Doctor in political science, Full Professor of the Department of philosophy and cultural studies of Kemerovo state medical University. E-mail: omelichkin.ov@mail.ru. ORCID 0000-0001-6149-0443

Contribution to the article: the text in full is written by the author.