

УДК 17.01

Омеличкин О. В.

МОРАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Аннотация

Предметом исследования являются моральные характеристики медицинского персонала, оказывающие большое влияние на уровень медицинского обслуживания населения. Они имеют нормативный характер и позволяют выстроить деонтологическую модель в биоэтике. В статье используется аксиологический метод, объясняющий ценностные ориентации и принципы работы сотрудников. В содержании его выделяется этика добродетели. Она предполагает этическое отношение к пациентам на основе милосердия, сострадания и моральной ответственности. Результаты исследования состоят в выявлении нравственных аспектов медицинской деятельности и необходимых для нее добродетелей. Предлагается классификация медицинских работников (врачей) и определяются их основные функции. Большое внимание уделяется проблемам эмоционального выгорания и профессиональной деформации работников. Выделяются причины подобных явлений

и специальные меры, направленные на их преодоление. К выводам работы относится утверждение о необходимости наличия особых моральных качеств для определения профессиональной состоятельности медика. В этой связи говорится о формировании новой стратегии профессионального развития медицинских работников (включая вопросы специального образования и подготовки), в которой наряду с компетентностью и экономической заинтересованностью значительную роль будут играть моральные компетенции работников.

Ключевые слова: здравоохранение, мораль, медицинский работник, моральные качества, добродетель, совесть, милосердие, сострадание, ответственность, выгорание, профессиональная деформация.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Источник финансирования: данная работа не имела источников финансирования.

Для цитирования: Омеличкин О. В. Моральные качества медицинского работника // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2022. Т. 3. № 2. С. 21–30.

Статья поступила в редакцию 26.06.2022 г.

PHILOSOPHY

Omelichkin O. V.

MORAL QUALITIES OF A MEDICAL WORKER

Abstract

The subject of the study is the moral characteristics of medical personnel which have a great impact on the level of public medical care. They are normative in nature and allow us to build a deontological model in bioethics. The research resorts to an axiological method that explains the employees' value orientations and principles. In its content, the ethics of virtue is given a special emphasis. It presupposes an ethical attitude towards patients based on mercy, compassion and moral responsibility. The results of the study consist in identifying the moral aspects of medical practice and the virtues necessary for its implementation. A classification of medical workers (doctors) is proposed and their main functions are defined. Much attention is given to the problems of emotional burnout and professional deformation of employees.

The causes of such phenomena and special measures aimed at overcoming them are highlighted. In conclusion, the paper formulates a statement about the need for particular moral qualities to assess the professional solvency of a medic. In this regard, the author proposes the formation of a new strategy for the professional development of medical workers (including issues of special education and training), in which, along with skills and economic motivation, moral competencies of employees will play a significant role.

Keywords: healthcare, morality, medical worker, moral qualities, virtue, conscience, mercy, compassion, responsibility, burnout, professional deformation.

Conflict of interests: None declared.

Source of financing: There was no funding for this project.

For citation: Omelichkin O. V. Moral qualities of a medical worker // Humanities and social sciences bulletin. 2022. Vol. 3. № 2. P. 21–30.

Введение

Совершенствование отечественного здравоохранения зависит не только от укрепления его материальной и организационной инфраструктуры, оснащения современным оборудованием и технологиями, но и от развития личности медицинских работников, их особых качеств и умений. Медицина не может быть безличной, поскольку за всеми процессами и отношениями здесь стоят люди. Поэтому проблема человека (медика, пациента) является центральной в биоэтике. Это несколько не преувеличение. Все события и процессы в медицинской сфере должны оцениваться с точки зрения того, насколько они соответствуют представлениям о свободе и достоинстве граждан, их праве на здоровую и полноценную жизнь. Нравственная суть данной профессии заключается в служении обществу и исполнении своего долга и обязанностей по защите здоровья людей. В этой сфере особенно ярко действует «золотое правило» морали, согласно которому к людям следует относиться как к самим себе, проявлять заботу, сострадание и милосердие. На этом строится медицинская деятельность.

Мы считаем, что наличие или отсутствие определенных моральных качеств должно определять профессиональную пригодность человека к медицинской работе и являться частью его компетентности. Подобный подход направлен против функционального редукционизма, сводящего профессиональное поведение медицинского работника к упрощенной схеме выполнения служебных обязанностей и решению исключительно прикладных задач. Но и абсолютизация моральных аспектов деятельности малопродуктивна. Общее представление о медицинском работнике должно быть комплексным и включать в себя как прагматические, так и моральные компоненты. Ведь результаты его работы должны приносить несомненную пользу здоровью людей и поддерживать их достоинство и мотивацию к полноценной жизни. Поэтому главной задачей биоэтики является содействие формированию такого типа медицинского работника, который бы отличался высоким профессионализмом и моральной готовностью к служению обществу и конкретным людям.

В деонтологической модели биоэтики содержится требование этического отношения медика к людям, оказания им необходимой помощи на основе уважения, сострадания и компетентности. Для этого необходимы особые моральные и деловые качества. Медицинская деонтология (термин «деонтология» ввел И. Бентам) рассматривает модели должного поведения медицинских работников на основе этического регулирования процесса выполнения ими непосредственных профессиональных обязанностей. Главными ее составляющими являются понятия врачебной совести, ответственности, долга как перед обществом в целом, так и перед пациентами. При этом

сами этические нормы и правила разрабатываются в рамках общечеловеческой нравственности, согласуются с общественным мнением и только после этого становятся безусловными и непреложными в медицине. В этом проявляется некоторая ограниченность данного подхода, поскольку объективные риски и возможные тяжелые последствия предпринятых действий могут быть непредвиденными и перечеркнуть благие намерения участников. Поэтому некоторые положения носят вариативный характер, их применение зависит от различных обстоятельств. Однако важнейшие этические ценности – правда, справедливость, сострадание, взаимопомощь и др. – не подлежат корректировке или отмене. Ложь, равнодушие, эгоизм всегда будут хуже. Они препятствуют установлению доверия и сотрудничества между врачом и пациентом. Знание всех обстоятельств дела и согласие участников с методами лечения дает лучшие результаты, чем их неведение и пассивность [См. также: 10, с. 83–84].

В литературе по биоэтике широко используются понятия медицинской деонтологии и врачебной этики. Существуют различные подходы к выяснению их содержания и соотношения. Не включаясь в дискуссии, отметим, что они предполагают организацию работы медицинского персонала в соответствии с принципами профессиональной чести и достоинства. При этом содержание медицинской (врачебной) деонтологии, по мнению специалистов, включает в себя моральный долг врача перед обществом и пациентами. В нее входят нормативные принципы поведения врача, определенные в профессиональных уставах и кодексах. Они регламентируют его деятельность и отношения с участниками лечебного процесса. Определен и комплекс условий, обеспечивающих профессиональное достоинство медицинских работников. В то же время вызывает сомнения встречающаяся в работах идея рассмотрения деонтологии в узком смысле и ее дифференциация применительно к различным специальностям (деонтологии терапевта, хирурга, онколога и т. д.). [8, с. 239]. Моральные нормы и принципы должны быть общими для всех.

Медицинские отношения связаны с необходимостью создания системы квалифицированной защиты здоровья и жизни граждан. Помимо технологических вопросов (диагностика, методы лечения и т. д.) они включают в себя нравственный компонент, который обусловлен человеческим фактором отношений. Этические нормы и представления участвуют в регулировании социальных отношений и обеспечивают приоритет гуманистических ценностей. Это связано с экзистенциальным характером проблемы жизни и смерти, которые составляют предельное выражение процессов, происходящих в сфере здравоохранения. Огромное значение здесь имеют категории долга, ответственности, блага, добра, милосердия и т. д., которые наполняют нашу жизнь высшим смыслом и че-

ловечностью. Они влияют на уровень взаимопомощи и доверия между людьми. Благодаря данным принципам обеспечивается высокое качество медицинского обслуживания.

Объектом настоящего исследования является деятельность медицинских работников по оказанию соответствующей помощи населению. Предметом – моральные качества медицинского персонала, имеющие нормативный характер и позволяющие выстроить определенную деонтологическую модель с общей структурой и сущностными характеристиками. Используемый в работе аксеологический метод позволяет рассматривать ценностные установки медицинских работников в единстве общесоциальных, личностных и профессиональных свойств. При этом встречающиеся противоречия и несоответствия между принятыми ролями и ожиданиями не отменяют принципа целостности личности. В значительной степени данное единство и возможные трансформации сознания и поведения медиков обеспечиваются общими нравственными основаниями и представлениями, принятыми в здравоохранении. Изучение нравственных аспектов профессиональной деятельности медицинских работников (врачей, медицинских сестер и т. д.) позволяет создать общую нормативную модель и выявить разнообразные типы, отличающиеся внешними характеристиками, поведенческими особенностями, установками и стереотипами.

Содержательные возможности предложенного метода реализуются через описанную еще Аристотелем этику добродетели. Ее отличает от прочих «фокусировка не на стратегии выбора этического решения, а на самой добродетели морального характера». Поскольку добродетельный человек сам является субъектом лучшего морального выбора. Им руководит не расчет, а невозможность поступить по-другому. В своих поступках он стремится к общему благу, добру, справедливости. При этом для мышления, основанного на добродетелях, медицинская этика более тесно связана с идеалом медицинской практики, чем с деонтологическим или утилитарным мышлением. В отличие от них этика добродетели очень тесно связана с персонифицированными моральными авторитетами. Такова традиция отечественной медицины, в которой биографические повествования о легендарных врачах находятся в приоритете над формальной этической аргументацией или обсуждением кейсов, как на Западе. Однако подобная установка имеет и ряд недостатков и требует рациональной проверки [10, с. 89–92]. Тем не менее, этика добродетели прекрасно работает и объясняет поведение медицинских работников.

Существует множество исторических интерпретаций добродетели. А. Макинтайр проанализировал, по крайней мере, три различные концепции добродетели: добродетель как качество, которое позволяет индивиду вы-

полнять свою социальную роль (Гомер); добродетель как качество, позволяющее индивиду двигаться по направлению к специфически человеческой цели, естественной (общественное благо у Аристотеля) или сверхъестественной (благодать в виде божественного откровения у Ф. Аквинского); добродетель как качество, которое полезно в достижении успеха или утилитарных целей (Б. Франклин) [5, с. 252]. Выделяются и другие трактовки добродетели: как некоего морального самоограничения, необходимого для обуздания человеческих страстей (Д. Юм), как реализации республиканских идеалов свободы, равенства, братства (во французской революции), как желания действовать в соответствии с моральными принципами (Дж. Ролз) и др. Наконец, вслед за В. С. Соловьевым, можно говорить о добродетели как выражении нравственных чувств человека – стыда (по отношению к низшему), жалости (по отношению к другим людям и ко всему живому), благоговения (перед высшим).

Говоря о коренной концепции добродетели, автор выделяет три стадии в ее логическом становлении, которые позволяют идентифицировать ее сущностные характеристики. Первая касается добродетелей как качеств, необходимых для достижения благ, внутренних по отношению к различным практикам; вторая стадия требует рассмотрения их как качеств, вносящих вклад в благо целой жизни; на третьей они соотносятся с существующей в обществе моральной традицией. Каждая стадия предполагает предыдущую, но не наоборот [5, с. 254, 368].

Такой подход позволяет определить важнейшие черты добродетели: она направлена на достижение внутренних, а не внешних благ, поскольку связана с самосовершенствованием человека и приносит ему особого рода наслаждения; ее реальные проявления представляют благо для всего общества, а не принадлежат только одному лицу; она всегда опирается на достижения прошлого и авторитет социальной традиции; ее самоценное действие проявляется без оглядки на возможные последствия или ожидания вознаграждения в виде различных благ [5, с. 259, 264, 269]. Она позволяет найти моральную идентичность в принадлежности человека к какому-либо обществу и культуре.

Можно сформулировать следующее определение добродетели. *Это неотъемлемые качества личности, образующие внутренний механизм, заставляющий ее сознательно вести себя этически правильно в конкретных отношениях и жизненных ситуациях. Она означает способность решать жизненные проблемы в рамках общих моральных представлений и норм о добре и справедливости.* В человеке можно найти множество добродетелей, среди которых часто называют честность, стойкость, ответственность, доброту, терпимость и т. д. Они позволяют ему жить в соответствии с общественными правилами и моральными традициями. Однако нередко мы

сталкиваемся со сложными ситуациями, для которых нет четких рецептов и предписаний. И тогда добродетели позволяют человеку принимать решения в соответствии с его представлениями о морально должном и общественно необходимым. В то же время очевидно, что человек не состоит из одних совершенств. Следование моральным принципам реализуется им в практической деятельности с различной степенью полноты и последовательности.

В этой связи необходимо поговорить о нравственных характеристиках медицинских работников.

Результаты исследования

Медицинская работа регулируется, в том числе, и этическими правилами и нормами. Они позволяют принимать верные и гуманные решения в самых сложных жизненных ситуациях. На их основе возможно конструирование деонтологической модели «идеального» медика, воплощающего в себе лучшие черты представителей данной профессии. Подобный образ создавался еще в трактатах Гиппократов и других великих врачей прошлого, а также фиксируется в современных международных и отечественных документах и профессиональных стандартах.

Очевидно, что моральные качества медицинского работника не только помогают ответственно относиться к своим профессиональным обязанностям, но благодаря доброжелательности, состраданию, искренности, твердости и самоотверженности оказывают благотворное влияние на пациентов, способствуют доверию и соучастию. При этом сам набор человеческих качеств, отмечают специалисты, варьируется в зависимости от характера деятельности. Так, врачу, помимо эрудиции, специальных знаний, наблюдательности, необходимы эмоциональная устойчивость, коммуникативные умения, ответственность за результаты лечения. Для среднего медицинского персонала особое значение имеют способность к сочувствию, доброта, внимательность, заботливость и т. п., так как они непосредственно общаются с пациентами по процедурным и бытовым вопросам.

В отечественной литературе выделяют ряд добродетелей, необходимых для данной деятельности. Условно эти добродетели разделяют на четыре группы: добродетели характера (мужество, милосердие, надежность, честность, эмпатия); добродетели компетентности (полное владение медицинскими знаниями и методами в той или иной области, коммуникативность в общении); добродетели совести (самоотдача, самокритика, чувство ответственности, саморазвитие); общие моральные качества (наличие высоких нравственных ценностей, уважение к пациенту, коллегам, скромность, доброжелательность). Все перечисленные добродетели имеют место и в других профессиях, но, по мнению авторов, в медицинской практике их значимость в большей степени усиливается

спецификой самой деятельности, высшей ценностью которой являются собой жизнь и здоровье человека [4, с. 212].

В. Н. Левина предлагает несколько иную классификацию качеств личности врача, под которыми понимает профессионально значимые для осуществления целей врачебной деятельности устойчивые характеристики личности врача, проявляющиеся в процессе лечебного взаимодействия и сотрудничества с пациентами. При этом положительные качества выражаются в способности правильно осуществлять подобное взаимодействие и сотрудничество для успешного выполнения поставленных целей. Автор определяет и негативные качества личности врача [3, с. 5–6].

Выделяются следующие виды личностных качеств, которые в совокупности позволяют реализовать этический компонент врачебного профессионализма. В позитивном плане к ним относятся: волевые качества врача (дисциплинированность, решительность, самообладание, трудолюбие, терпение, целеустремленность и др.), интеллектуальные качества (компетентность, логичность, мудрость, проницательность, профессионализм и т. д.), эмоционально-нравственные качества (добродетели) – альтруизм, милосердие, героизм, моральная ответственность, честность и т. п. Последние качества характеризуют способность врача согласовывать свои личные интересы с интересами пациентов таким образом, как на это ориентируют принципы и нормативы врачебной этики, а также идеалы и нормы общественной морали. При отсутствии нравственных качеств личность не обладает ни внутренними психологическими механизмами, которые бы побуждали следовать общечеловеческим принципам и заповедям, ни способностями делать это [3, с. 7, 17–18, 27–28]. Отметим только неправомерное, на наш взгляд, отнесение автором к нравственным добродетелям таких качеств, как вежливость, приветливость, рачительность и пр., свидетельствующих в большей степени о внешнем соблюдении профессионального этикета.

Если говорить о конкретных чертах нравственного облика медика, то одним из первых к данной проблеме обратился Гиппократ. В трактате «О благоприличном поведении» он отмечает близость медицины и мудрости и сравнивает врача-философа с богом. По его мнению, их объединяет «презрение к деньгам, совестливость, скромность, простота в одежде, уважение, суждение, решительность, опрятность, изобилие мыслей, знание всего того, что полезно и необходимо для жизни, отвращение к пороку, отрицание суеверного страха перед богами, божественное превосходство. То, что они имеют, они имеют против невоздержанности, против корыстолюбивой и грязной профессии, против непомерной жадности приобретения, против алчности, против хищения, против бесстыдства» [1, с. 111].

Рассмотрим некоторые моральные качества подробнее. К большому сожалению, в обширной литературе по

медицине и биоэтике не находится место для такого важного и сложного этического качества, как *совесть* (и, как производное, стыд). А ведь она связана со строгими и категоричными моральными установками, которым человек обязан следовать, чтобы остаться верным самому себе. В личностном плане совесть может иметь большее значение, чем мнение окружающих или требование закона. При этом она не ведет к вседозволенности и не отвергает внешние обязательства медицинского работника перед обществом и отдельными людьми.

В сфере медицины вполне возможен конфликт между совестью и служебными обязанностями работников. На практике могут нарушаться права и свободы личности (врача и пациента), нравственные принципы и правила ее жизни. Так, вполне возможны противоречия между нравственными убеждениями индивида и необходимостью выполнять ошибочные с его точки зрения решения. В этом случае возникает внутренний конфликт и необходимость морального выбора. Разумеется, медицинская деятельность не может основываться только на соображениях совести. Но она должна принимать во внимание ее требования и учитывать их повелительный характер. Поэтому нельзя безапелляционно вторгаться административным образом в вопросы совести или религиозных взглядов людей. Это их личное дело. Но и общие, нередко, абстрактные требования совести не должны подменять собой необходимость трезвого анализа того или иного медицинского случая и практических выводов. Ведь медик стоит на защите жизни и здоровья людей и должен руководствоваться поиском наилучшего решения этих задач. А совесть играет важную роль только в ситуациях принципиального выбора, когда технические аспекты дела уже определены.

Можно сказать, что совесть является внутренним контрольным механизмом проверки действий медиков на их соответствие общечеловеческим нормам и моральному долгу. Важнейшие решения должен принимать сам человек, а не передавать их каким-либо инстанциям. Ее требования постоянны, абсолютны и не допускают сделок и компромиссов. Совесть уравнивает людей в их отношениях к своим обязанностям и поведению. Поэтому она остается для человека высшим внутренним руководством в жизни, определяет ее направленность, меру свободы и ответственности. При этом совесть не освобождает, а усиливает ответственность человека за его деяния, особенно когда они затрагивают жизнь или права других людей. В то же время формирование совести зависит от внешнего окружения, воспитания, общественных условий. Общество может устанавливать альтернативные формы поведения, исполнения гражданских и профессиональных обязанностей, не противоречащих нравственным убеждениям личности.

Одними из важнейших качеств медицинского работника являются гуманизм, доброта, сострадание, забота, *милосердие*. Его отличает любовь и уважение к людям, желание помочь им, облегчить их страдания и поддержать стремление к полноценной жизни. Это высокое служение людям. Равнодушие несовместимо с данной профессией. Следует подчеркнуть присущее ей бескорыстие, умение сотрудников медицинских учреждений подчинять себя интересам больного, их самоотверженность, способность отказаться от собственных благ ради пациентов и их здоровья. Эти нравственные качества составляют суть данной профессии. Их нельзя имитировать, тем более обманывать окружающих или использовать в целях манипулирования ими. Чувство жалости, стремление помочь составляет нравственную основу врачевания. Причем делать это надо максимально тактично и деликатно. К сожалению, некоторые специалисты в наше время не считают их наличие обязательным условием, упоывая исключительно на профессионализм и четкое выполнение контрактов. При этом надо признать, что предъявляемое ими требование привести в соответствие затраты физических и психических сил медицинских работников и вознаграждение за их труд имеет основание. Порой от людей требуется настоящий героизм при выполнении врачебных обязанностей в условиях эпидемий, природных и техногенных катастроф, военных действий. Подобные обстоятельства представляют серьезную угрозу для жизни и здоровья самих медиков.

Для медицинского работника важно умение поставить себя на место пациента, чуткость, отзывчивость к чужой боли. Это не просто сочувствие человеку, а приобщение к его переживаниям, проникновение, вживание в его состояние. То есть это особый способ эмоционального познания другого и его личного драматического опыта. *Эмпатия* означает понимание правомерности и обусловленности чувств пациента, его переживаний и тревог, связанных с возможной потерей здоровья. В этом смысле пациент становится не объектом эмоциональных реакций, а субъектом, формирующим определенное настроение и отношение к возникшей ситуации. Эмпатия медика в этом случае является побудительным механизмом для оказания действенной поддержки и помощи нуждающимся людям. В ее содержании присутствуют эмоциональные и когнитивные элементы, которые обеспечивают понимание между медработником и пациентом, способствуют росту взаимного доверия и сотрудничества между ними. Тем самым она способствует эффективности процесса лечения и дополнительной мотивации его участников к положительному результату. Разумеется, открытость и искренность отношений не может быть использована во вред пациенту.

Чуткость тесно связана с *толерантностью*, то есть с терпимостью, снисходительностью, с которой медицин-

ский работник должен относиться к людям, переживающим сложный период своей жизни. Он должен проявлять заинтересованное внимание к мнениям пациентов и коллег, даже если считает их ошибочными. Толерантность – это сознательная моральная установка на равноправное общение и сотрудничество с другими субъектами, признание их права на самостоятельность и желание самим участвовать в принятии жизненно важных решений. Гуманный характер медицинских отношений предполагает отказ от недоверия, предубеждений и враждебности по отношению к различным социальным (национальным, религиозным, политическим и т. д.) группам и отдельным индивидам. Никакие формы дискриминации в медицине не допустимы. Однако сама терпимость не должна приводить к равнодушию, абсолютной всеядности и вседозволенности. В обществе существуют определенные ценности, нормы, наконец законы, нарушения которых недопустимы под предлогом свободного выбора образа жизни. Эти ограничения устанавливаются в ходе длительной медицинской практики и основаны на серьезных научных изысканиях и накопленном коллективном опыте. Поэтому справедливым представляется существование определенных моральных границ и правил в назначениях, экспериментах и поиске новейших медицинских методов и технологий.

Наряду с толерантностью большое значение имеет твердость, принципиальность, решительность медика, верность данному слову и обязательствам. Данные качества имеют волевую природу, но в силу своей позитивной направленности могут быть отнесены к нравственным. Они позволяют создать положительную эмоциональную атмосферу, способствуют взаимному доверию участников и коллективности их действий. Благодаря их наличию подбираются правильные методы, последовательно осуществляется избранная тактика лечения, достигаются желаемые результаты даже в сложных или критических ситуациях, опасных для жизни и здоровья людей. Эти качества важны как в условиях катастроф, массовых эпидемий, так и в самых рядовых медицинских случаях. Стойкость, мужество, смелость медицинских работников проявляются в способности мобилизовать свои силы, знания и умения для оказания помощи пациенту в критических или нестандартных ситуациях. Они означают такую моральную позицию, в которой человек готов принять какие-то личные потери ради высших целей, способен на самопожертвование. Такая позиция позволяет побороть сомнения, пережить временные затруднения, негативные эмоции, сохранять веру в успех лечения и контролировать весь лечебный процесс. Она выражается в готовности к возможным конфликтам в ответственные моменты и к обоснованным профессиональным действиям, приносящим пользу пациентам.

В этом проявляется *моральная ответственность* ме-

дицинского работника, стремящегося выполнить свои профессиональные обязанности наилучшим образом. Она предполагает честность, добросовестность, способность предвидеть возможные последствия лечения и минимизировать их негативные эффекты. Она допускает не только внутренний, но и внешний контроль над профессиональной деятельностью и возможность санкций или наказаний за нарушения существующих правил. В основе данной добродетели лежит представление о чести и достоинстве личности медработника. Оно зависит от осознания человеком своего гражданского долга перед обществом и от его стремления к профессиональной самореализации. Если долг заключается в оказании действенной медицинской помощи людям, то честью для медработника является стремление к хорошему выполнению профессиональных обязанностей и получение положительной оценки его труда со стороны пациентов и коллег. Достоинство же связано с ростом самоуважения работника, расширением его возможностей, обретением нового социального статуса или освоением новых ролей. Оно сочетается с таким качеством, как скромность. Плохое выполнение профессиональных обязанностей в моральном сознании связано с чувством стыда или вины, если в результате неправильных действий был нанесен ущерб здоровью пациента. При этом порицание со стороны общества дополняется моральным самоосуждением самого медика [См. также: 3, с. 29].

Подобный список добродетелей можно продолжить. Например, стоит отметить коммуникативные умения (слушать, понимать, убеждать) и т. д., позволяющие поддерживать моральный авторитет медицинского работника. В этой связи в научной литературе предпринимаются попытки создания образа идеального врача или сотрудника. Так, большое распространение получили различные профессиональные этические кодексы (клятва Гиппократова у медиков, воинская присяга в армии и т. д.). Можно вспомнить и предпринимавшиеся ранее попытки создания обобщенного идеального образа гражданина. Многим людям памятен Моральный кодекс строителя коммунизма. Подобное стремление сконструировать идеальный образ медика представляет определенный интерес, но не стоит преувеличивать практическое значение подобных упражнений. Все предлагаемые идеальные модели имеют общие недостатки. В них реализуется исключительно нормативный подход, поэтому представляемая картина носит абстрактный характер, подчас весьма далекий от реальности. Медицинский работник выглядит в ней всегда однообразно (стандартно) реагирующим на предлагаемые вызовы в рамках установленного регламента. Здесь нет вариативности, возникающей необходимости морального выбора. Все медицинские ситуации, с которыми сталкивается медик, также инвентаризируются, их перечень обычно ограничен и неизменен. Наконец,

сам медицинский работник выглядит запрограммированным на реализацию исключительно прагматических интересов и целей. Его решения и последующие действия представляются рациональными и точными, в них отсутствуют эмоции, сомнения, ошибки. Все это достаточно далеко от реальных отношений. Поэтому, не отрицая необходимости создания нормативной модели образа медика, мы относимся к ним как условным обозначениям возможных приближений к идеалу. В этой деонтологической модели, наряду с этической составляющей, должны присутствовать высокий профессионализм, знание и неукоснительное соблюдение юридических норм и административных предписаний, необходимые психологические качества, коммуникативные навыки, высокий культурный уровень и т. д.

Вместе с тем определенный интерес представляют предлагаемые в литературе различные классификации медицинских работников (чаще всего врачей). Так, многие авторы выделяют *традиционный тип* врачей. Они характеризуются достаточно высоким профессиональным уровнем, ориентацией на расширение личного опыта, используют проверенные на практике рекомендации и способы лечения. Такие врачи ответственно выполняют свои обязанности, внимательны к пациентам, разделяют их чувства, но при этом относятся к ним патерналистски, полагая, что решающее слово всегда должно принадлежать им. Исследования показывают, что доля этой группы выше других. Врачи *инновационного типа* более демократичны в отношениях с пациентами. Они ориентируются на сотрудничество и активное участие заинтересованных лиц в процессе лечения. При этом большое внимание уделяется постоянному повышению квалификации, овладению новыми знаниями и умениями, изучению отечественного и зарубежного опыта. Особое внимание уделяется новейшим научным разработкам и технологиям. Доля таких врачей с развитием медицины неуклонно растет. Наконец, можно выделить некий *отстраненный тип* врача, для которого выбранная профессия не является призванием. Такие врачи имеют достаточный уровень профессиональной подготовки, действуют строго в рамках своих служебных обязанностей. У них отсутствует стремление к повышению уровня своей квалификации, к овладению новыми методами лечения. Отношения с пациентами носят безэмоциональный, во многом формальный характер. Полагаем, что такие врачи составляют меньшинство среди всего корпуса медицинских работников.

В своей типологии мы исходим из того, что во взаимоотношениях с пациентами медицинские работники выполняют различные функции: информационную (предоставление необходимых сведений), интерпретационную (разъяснение, убеждение в необходимости лечения), совещательную (обсуждение хода лечения, совместный по-

иск решений), организационно-распорядительную (назначение исследований, препаратов и процедур). На этой основе можно выделить несколько типов врачей: «безучастный», дистанцирующийся от пациента и ограничивающийся сугубо медицинскими вопросами; «сопереживающий», отличающийся эмоциональной отзывчивостью и состраданием; «партнерский», обсуждающий проблемы лечения с самим пациентом и добивающийся его согласия; «административный» (командный) тип, пользующийся исключительно языком приказов и предписаний. Как и другие, подобная классификация носит приблизительный, условный характер.

Проводившиеся опросы врачей (здесь 200 человек) показали, что большинство из них сталкивались с несоблюдением этических норм при осуществлении профессиональной деятельности. При этом большинство (80,5%) считает, что этические нормы не соблюдаются пациентами и являются основной причиной конфликтов и жалоб, неудовлетворенности качеством медицинской помощи. И только 9,0% отмечают нарушения в отношении самих пациентов. Диспропорция обусловлена тем, что значительная часть респондентов (93,5%) убеждены, что соблюдение этических норм является важной и обязывающей составляющей профессии врача. Однако надо учитывать, что деятельность медицинских работников характеризуется эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. В связи с этим нарушения этических норм 52,7% респондентов связывают с эмоциональным выгоранием, 27% – с поведением пациентов (агрессией, низким уровнем культуры), 12,7% – со сложными условиями труда (нагрузкой, оплатой труда), 3,2% – с низким уровнем информированности о нормативно-правовом регулировании этико-деонтологических взаимоотношений [6].

По роду своей деятельности медицинские работники часто сталкиваются с моральными проблемами и эмоциональными перегрузками. Им приходится иметь дело со страданиями людей, нередко со смертью. Приходится принимать решения в условиях постоянной ограниченности времени, при высокой интенсивности и нерегулируемости процесса общения, реальной опасности ошибок, непредсказуемости возможных результатов. На медиках лежат огромная ответственность и напряжение в ходе лечения. Все это происходит на фоне тяжелого графика работы, риска заразиться, низкой оплаты труда. Отсюда у работников медицинских учреждений нередко возникают раздражительность, настроения тревоги и депрессии. Такое состояние получило название «синдром эмоционального выгорания». Так обозначается психологическое переутомление, связанное с эмоциональным истощением, выражающееся в безразличии к пациентам и потере интереса к работе в целом. Утра-

чивается чувство сострадания, доброжелательность, растут равнодушие, цинизм. Иногда причина заключается в том, что нравственные ценности человека не совпадают с правилами и традициями организации или в завышенных ожиданиях от своей профессиональной деятельности. Все это снижает качество медицинского обслуживания.

Необходимы специальные меры, предотвращающие или локализирующие данное явление. Ведь выгорание – это сигнал, защитная реакция на неблагоприятное воздействие окружающей среды. Прежде всего, медработнику необходим периодический душевный и физический отдых от рутинных забот и обязанностей. В профилактике выгорания важную роль играет создание дружественной атмосферы в коллективе, профессиональная помощь более опытных коллег, перераспределение функций и постановка новых задач, расширение возможностей для повышения квалификации и т. д. В результате врач, медицинская сестра научаются управлять своим эмоциональным состоянием, дозировать степень расхода энергии, правильно выстраивать процесс общения с окружающими. Специалисты отмечают, что высокая эмоциональная включенность особенно необходима на первом этапе взаимодействия с пациентом для его успешной адаптации к новым условиям или к сложным назначениям, содержащим медицинские риски. В других случаях процесс общения может происходить в более спокойном режиме. В результате накопленного практического опыта медицинский работник приобретает общий позитивный настрой, психологическую устойчивость, эмоциональную стабильность, готовность к стрессовым ситуациям и перегрузкам, а также у него формируются развитые психологические умения, обеспечивающие успешную коммуникацию и компенсацию.

Мы согласны с авторами, считающими необходимым различать выгорание и профессиональные деформации. «На наш взгляд, синдром профессионального выгорания, который часто рассматривается просто как специфическая разновидность «психического выгорания», – это, в первую очередь, психически обусловленный феномен, который соответственно и проявляется в различных психических состояниях личности. Профессиональные деформации, в отличие от синдрома профессионального выгорания, – это социально обусловленный феномен, который затрагивает именно социальную структуру личности и выражается в социальном поведении отклоняющегося от профессиональных стандартов типа», – пишут Н. Г. Осипова и Т. В. Семина. Под профессиональной деформацией они понимают «существенные изменения психической (стереотипов восприятия, мышления, способов общения) и социальной структур личности (характера, ценностных ориентаций, наконец, мировоззрения) под влиянием выполнения профессиональных обязанно-

стей, которые продуцируют конфликтующее с общепринятыми профессиональными нормами и ценностями социальное поведение» [7, с. 17, 16].

Таким образом, профессиональная деформация связана с деструктивными изменениями личности при выполнении профессиональной работы, негативно отражающимися на ее продуктивности и взаимодействии с другими участниками процесса. Они, по-видимому, неизбежны и зависят от многих факторов: продолжительности работы в медицине, односторонности профессиональных занятий, неизбежного сужения круга интересов, чрезмерных затрат физических и душевных сил, общественной недооценки труда, от интенсивности лечебных контактов, изменения мотивации, завышенной или заниженной самооценки, отказа от нравственных принципов, поисков дополнительных источников дохода, коррупционного поведения, эмоциональных перегрузок и конфликтов на работе, постоянного напряжения и высокой степени ответственности за результаты и т. д. Многие процессы связаны с разочарованием, вызванным несоответствием декларируемой высокой миссии медицинских работников, их прямой ответственностью за жизнь людей и реальным положением в обществе, неисполненными статусными ожиданиями и невысоким материальным вознаграждением.

По данным Т. В. Семиной (на первом этапе было опрошено 838 врачей), 73,9 % опрошенных полагали, что произошла деформация личности врача. И только 26,1 % так не считают. В качестве возможной причины деформации 14,9 % респондентов назвали недооценку обществом сложных условий труда врача. При этом половина респондентов (51,5 %) считают, что у врача произошла профессиональная деформация личности, прежде всего, в силу недостойной материальной мотивации труда. В то же время они отмечают распространенную в обществе недооценку ролевого статуса врача, утрату представления о его важнейшей миссии. Этому во многом способствуют СМИ, которые подают информацию медицинского толка в негативном виде. На втором этапе был проведен опрос 1021 пациентов на предмет установления причин изменения личности врача. Треть из них (33,1 %) считает, что личность современного врача изменяется в последние годы в сторону безразличного отношения к больному человеку. Отмечается дезориентация врача из-за постоянных изменений внешних и внутренних факторов (25,8 % ответов). На недостаточное чувство ответственности за результаты лечения указало 20 % респондентов, а на снижение уровня культуры врача и отсутствие долга перед пациентом – 21,1 %. Пациенты отмечают, что на личность врача повлияла коммерциализация медицины, в результате которой наблюдается необоснованное назначение дорогостоящих препаратов и обследований, получение взяток (26,8 %). Таким

образом, наиболее значимой причиной неудовлетворенности пациентов врачебной помощью является снижение качества лечения (67 % респондентов), а также нарушение врачом норм этики и деонтологии (20 % пациентов) [7, с. 19–24].

Моральные нормы позволяют нам представить только определенный уровень деонтологической модели профессионального поведения медицинского работника. Они выступают в виде нравственных ориентиров их деятельности. В них содержится установка на эффективную медицинскую помощь нуждающимся, ответственность за результаты, коммуникативную компетентность и т. д. Медики защищают жизнь людей и выступают как спасители во многих ситуациях. При этом в образе врача на первый план выступают его профессиональные знания, внимательность, ответственность. Его ведущая роль вполне осознается пациентами. В представлениях о медицинской сестре преобладают психологические характеристики, связанные с добротой, заботливостью, общительностью. Она обеспечивает эмоциональную поддержку пациентов. Однако существует множество объективных обстоятельств, затрудняющих их исполнение на практике, о которых мы говорили. Поэтому у отдельных работников могут встречаться такие отрицательные человеческие качества, как беспринципность, цинизм, нечестность, тщеславие, лицемерие, равнодушие, эгоизм, корыстолюбие и т. п. Они проявляются, в частности, в фактах коррупции, которая стала заметным явлением в сфере медицины. К ним относится получение взяток, хищения лекарственных средств, подделка медицинских документов и т. д.

Здесь надо иметь в виду, что на протяжении многих десятилетий в советское время социальный статус медицинского работника был достаточно высок. Представители данной профессии пользовались большим уважением в обществе и ощущали благодарность за свой труд. Их мотивировало стремление оказать необходимую помощь людям, при этом размер материального вознаграждения играл второстепенную роль. Следует отметить, что и тогда был он не очень высок, но оправдывался моральной компенсацией. Однако происшедшие в постсоветский период кардинальные перемены привели к утрате моральных стимулов труда и коммерциализации отношений в обществе. Изменились традиционные общественные ценности, и на первый план вышли установки на индивидуальный успех, материальное благополучие, высокий уровень доходов и потребления. Идеалы бескорыстного служения людям, самопожертвования, сострадания отошли на задний план. И сразу обнаружилось несоответствие между высокой миссией и сложностью труда медработников и их материальным положением. Необходимость получения серьезного образования и постоянного подтверждения

профессиональной квалификации, сложные условия работы, значительные психологические и физические нагрузки сочетались с низким уровнем заработной платы и социальной незащищенностью медиков. Все это не могло не отразиться на сознании работников и их отношении к своему делу. В первую очередь изменения коснулись нравственных гуманистических принципов. Личные интересы стали превалировать над интересами общественного блага и заботой о здоровье населения. В результате снижается качество медицинского обслуживания, а также уважение и доверие к самой медицинской профессии.

В январе–феврале 2022 г. в рамках международного мониторингового исследования Левада-Центр провел опрос, который показал, что в целом доверяют врачам только 53% респондентов, не согласны с этим отношением 15%, а 31% отчасти согласны, отчасти нет. При этом 62% считают, что профессиональный уровень большинства наших врачей ниже, чем требуется. Не согласны с таким утверждением 15%, а 20% занимают двойственную позицию. А вот с предположением, что врачи больше заботятся о своих доходах, чем о пациентах, согласны 58% опрошенных, не согласны 17%, а 21% разделяют обе оценки [2].

Опрос, проведенный фондом «Общественное мнение» в сентябре 2020 г., показал, что, по мнению 42% респондентов, в российском обществе сегодня престиж профессии врача высокий, столько же считают, что низкий, а 5% – ни высокий, ни низкий. Затруднились оценить 11%. При этом большинство считает, что престиж врача в последнее время растет или, по крайней мере, не снижается. Причины роста респонденты видели (по убыванию) в героическом поведении врачей во время эпидемии коронавируса, в связи с выявившейся нехваткой врачей и востребованностью профессии, в повышении зарплаты врачам, в растущем стремлении молодежи поступать в медицинские вузы, в улучшении технической оснащенности медицины и т. д. Те, кто говорит о снижении престижа профессии, основные причины видят (по убыванию) в низких зарплатах, низком уровне медицинского образования, непрофессионализме врачей, развале системы здравоохранения в стране, платных медицинских услугах, тяжелых условиях труда медицинских работников и т. п. Тем не менее, больше половины (55%) опрошенных хотели бы, чтобы их ребенок или внук стал врачом [9].

Как видим, россияне достаточно критично относятся как к квалификации и нравственному облику большинства врачей, так и к уровню здравоохранения в целом. Все это говорит о том, что необходимы дополнительные меры, чтобы повысить уровень профессиональной компетентности и моральной отзывчивости медицинских работников.

Выводы

Нравственные качества медицинского работника являются в его защите жизни и здоровья людей. Данная проблема по-прежнему относится к малоизученным в отечественной биоэтике. В то же время ее актуальность и значимость неуклонно возрастает как в теоретическом, так и в практическом отношении. Необходима новая стратегия профессионального развития медицинского работника, в которой наряду с понятными материальными стимулами значительную роль будут играть факторы морального порядка. Здесь надо иметь в виду, что содержание подобной стратегии претерпевало существенные изменения на протяжении всей советской и постсоветской истории.

В советский период общественное признание медицинского персонала было исключительно высоко, при этом акцент делался на его нравственной роли в защите интересов и здоровья людей. В период перехода нашего общества на рыночные рельсы медицина оказалась в числе сфер (наряду с культурой, образованием и пр.), которые понесли наиболее серьезные потери. Снизилось государственное финансирование отрасли, разрушению подверглись медицинские производственные фонды, ухудшилось социальное обеспечение работников. Необходимость выживания обусловила коммерциализацию отношений, что не могло не привести к известной деформации профессионального и морального облика врача, медицинской сестры. Выходом из данной ситуации стал наблюдаемый в настоящее время переход к техно-

кратическим или формально-правовым моделям взаимоотношения медиков и пациентов, при которых главную роль играет неукоснительное соблюдение принятых соглашений в части прав и обязанностей сторон. В подобном переходе к четким и ответственным обязательствам и правилам можно усмотреть определенный прогресс. Повысилось качество и расширился ассортимент предлагаемых медицинских услуг. Однако мы считаем, что назрела необходимость перехода к следующему этапу совершенствования социальной роли врача и возвращения ее гуманистической сути. Наряду с высоким профессионализмом и заинтересованностью в успешном лечении пациентов и охране здоровья всего социума значительную роль начинают играть моральные компетенции медицинских работников.

В настоящее время врачи, весь медицинский персонал должны обладать определенными моральными качествами и гражданской ответственностью для осуществления профессиональных функций. Забота о здоровье людей, сострадание, совесть, чувство справедливости и т. д. есть высшее проявление гуманизма, присущего данной профессии. На воспитание этих качеств должна быть направлена вся система подготовки медицинских работников. Подобные задачи должно решать и вузовское образование. Высокие нравственные ценности и принципы в профессиональной деятельности, добродетельность работников – в традициях российской медицины. Высшая школа призвана способствовать их воспитанию и проявлению.

Источники и литература / Sources and references

1. Гиппократ. Избранные книги: Пер. с греч. проф. В. И. Руднева; Ред., вступ. статьи и прим. проф. В. П. Карпова. М.: Гос. изд-во биол. и мед. лит-ры, 1936. 736 с.
2. Доверие системе здравоохранения // Левада-Центр. Пресс-выпуск от 16.02.2022. Доступно по: <https://www.levada.ru/2022/02/16/doverie-sisteme-zdravooxraneniya/> Ссылка активна на 23.08.2022. (АНО «Левада-Центр» принудительно внесена в реестр некоммерческих организаций, выполняющих функции иностранного агента).
3. Левина В. Н. Личностные качества врача в сотрудничестве с пациентом: учебное пособие. Ижевск, 2016. 60 с.
4. Магомедова Л.Г., Шихшабекова Э.Р., Абдулаева З.Э. Моральные добродетели врача // Международный научно-исследовательский журнал. 2020. № 5-2 (95). С. 211–214.
5. Макинтайр, А. После добродетели: Исследования теории морали /А. Макинтайр. М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. 384 с.
6. Мороз И. Н. О проблемах биомедицинской этики и деонтологии: мнение врачей // Медицинский журнал. 2019. № 4. С. 91–95.
7. Осипова Н. Г., Семина Т. В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2017. Т. 23. № 3. С. 4–29.
8. Основы биоэтики : учеб. пособие / Я. С. Яскевич [и др.]; под ред. Я. С. Яскевич, С. Д. Денисова - Минск: Выш. шк., 2009. 351 с.
9. Престиж профессии врача // ФОМ от 26 сентября 2020 г. Доступно по: <https://fom.ru/Zdorove-i-sport/14462> Ссылка активна на 23.08.2022.
10. 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.

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.