

ПРИНЦИП ПАТЕРНАЛИЗМА И ХОСПИСНОЕ ДВИЖЕНИЕ

Л.Н. Бобро, к.мед.н., доцент кафедры общей практики – семейной медицины
и внутренних болезней

Харьковский национальный медицинский университет

г.Харьков (Украина)

В.В. Бобро, к.мед.н., главный врач МС «Гиппократ»

г.Харьков (Украина)

Хосписное движение сегодня – это новая этико-философская парадигма, которая дает нам новое понимание окончания человеческой жизни. Она заключается в праве человека на достойное умирание, лишенное физических, психологических и моральных страданий.

Один из основополагающих подходов в концепции работы хосписа – «принцип открытости диагноза» [1,2,5]. Дилеммой является то, что в нашей стране до сих пор решения по данному вопросу принимаются патерналистски, т.е. станет ли известна пациенту достоверная информация о смертельной болезни, об отрицательных результатах анализов и неблагоприятном прогнозе, по существу, не зависит от него самого. Сегодня очень часто решение принимают за него врачи, родственники или те и другие вместе [2,3].

На протяжении всей своей европейской истории, начиная с античности, медицина опиралась на фундаментальный тип взаимоотношения между врачом и пациентом, который известен как патернализм.

Патернализм - это классический тип взаимоотношений между врачом и пациентом, который пользовался в профессиональной врачебной этике абсолютным признанием на протяжении более 20 столетий. В чем его суть? Она фиксировалась в корне понятия - слове "pater" (лат. - отец). Врач, как отец, заботящийся о своем ребенке, сострадает больному, помогает ему, берет ответственность за принимаемые решения о его лечении. Патерналистская установка присутствует и в клятве Гиппократа - в положении об управлении процессом лечения, режим которого определяется сообразно с силами и разумением врача в интересах и для пользы больного.

Патернализм, как норма взаимоотношений между врачом и пациентом, распространяется и на фундаментальные основы христианской морали. В профессиональной врачебной этике на протяжении более 20 столетий никогда и никем не оспаривалось значение ценностей милосердия, сострадания, заботы, помощи, которые являлись краеугольными понятиями морально-нравственного отношения врача к больному, страдающему человеку. Врач призван быть носителем и проводником любви и милосердия Божия. С этим в значительной степени связаны знакомые многим больным феномены - облегчение состояния при одном лишь появлении врача и излечение, базирующееся на безусловном доверии к врачу [1,4].

Вместе с тем к концу XX в. в обществе стали набирать силу антипатерналистские настроения. Все чаще стали появляться суждения о

крахе патернализма. Вместо последнего стали разрабатываться и внедряться новые модели взаимоотношения между врачом и пациентом,

С точки зрения западных исследователей, в настоящее время классический патернализм уступает место современной модели взаимоотношения "врач-пациент" - информированному согласию. Информированное согласие реализует принцип автономии больного, подчеркивая не только определенный правовой статус пациента, в границах которого должно осуществляться лечение, но и право пациента на решение, соответствующее его собственным ценностям и представлениям о жизни и смерти [1,5].

Готов ли современный врач в нашей стране использовать принцип информированного согласия не только при лечении пациента, но и при оказании паллиативной помощи умирающему пациенту?

Нами проведено анкетирование студентов VI курса медицинского университета, врачей-интернов и семейных врачей – курсантов ресертификационных циклов в системе непрерывного последипломного образования.

При анкетировании студентов медицинского университета на вопрос «Имеют ли право умирающие больные получить правдивую информацию о состоянии своего здоровья?» – «да» ответили 47% опрошенных, 41% – указали, на то, что это должен решать врач.

На вопрос семейным врачам-курсантам «Предоставляете ли вы достоверную информацию пациентам о диагнозе и прогнозе?» – 40% ответили «почти всегда», 30% – «часто», 19% – «иногда». На вопрос «Полагаете ли вы, что больной человек обязан знать о смертельном прогнозе заболевания?» – утвердительно ответили 27%, а негативно – 46% врачей. Наконец, на вопрос о действительном, фактическом информировании безнадежно больных 61% врачей ответили – «обычно нет», 11% – «иногда», 2% – «часто», 3,5% – «почти всегда».

Можно сделать вывод, что 27% участвовавших в исследовании врачей в принципе за правдивое информирование умирающих больных. И только порядка 5% практикуют в своей клинической практике неправдивое общение с умирающим человеком. Большая часть работающих врачей допускают возможность не говорить пациенту информацию при определенных обстоятельствах (86 %), что типично для врачей, которые следуют патерналистской модели взаимоотношений между врачом и пациентом. Наиболее подходящей причиной для этого врачи считают физический, психологический, моральный и социальный вред, который наносится пациенту при правдивом информировании (68 %). При этом основания применения добродетельного обмана оказывают меньшее влияние на мнение респондентов в возрасте до 40 лет в сравнении с группой врачей, имеющих продолжительный профессиональный стаж. По данным, полученным в ходе нашей работы, процент студентов, поддерживающих критерий правды, достоверно больше ($p < 0,05$) по сравнению с другими категориями опрошенных. Вместе с тем нужно отметить, что, как и врачи, большая часть

студентов (64%) считают возможным исказить информацию, если она может навредить пациенту.

Проводя анализ данных показателей, можно сделать следующий вывод: сегодня мы наблюдаем смену общефилософских и морально-этических установок по отношению к проблемам жизни и смерти. Она заключается в переходе от традиционного медицинского менталитета к современному. Первостепенной задачей врача при оказании паллиативной помощи становится соблюдение принципа информированного согласия. Вместе с тем большинство опрошенных (в том числе и студентов) продемонстрировали амбивалентность сознания, готовность нарушить базовый биоэтический принцип – автономию пациента. Учитывая глубокие корни патернализма в нашей стране и менталитет нации, необходимо, по-нашему мнению, внедрять принцип информированного согласия не как альтернативу патернализму, а как дополнение, а базовые принципы хосписного движения обсуждать, начиная с первых курсов обучения студента-медика.

Литература:

1. Введенская Е.С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца. М.: РОО «СПИД инфосвязь», 2010. – 496 с.
2. Миллионщикова В.В., Лопанов П.Н., Полишкис С.А. Хосписы. Литературный обзор. Рекомендательные, информационные и справочные материалы. – Москва. – 2002г. – С.21 – 31
3. Организация медицинской помощи хроническим больным на протяжении всей жизни. Методические рекомендации / под ред. Мишина О.С., Москва. - 2016 г. –26 с.
4. Принятие этических решений в контексте здравоохранения. Организация ухода на дому. — Санкт-Петербург. – 2009. – С.5 – 41
5. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - С. 80.