

1. Права современного пациента

1.1. Этические нормы во взаимоотношении медицинского работника и пациента

1.2. Понятие соматических прав

2. Социально-антропологический анализ взаимоотношений врача и пациента

2.1. Модели взаимоотношений врача и пациента

2.2. Понятие комплаентности

2.3. Биологический и биографический взгляд на заболевание

1. Права современного пациента

Слово «*пациент*» - в переводе с лат. «*страдающий*», в переводе с фр. «*пассивный*», «*безучастный*», однако сегодня пациент является не менее полноправным, чем врач, участником процесса собственного излечения. Более того современный пациент это еще и *клиент*.

Изменение статуса пациента, его прав в рамках существующей европейской традиции медицинской практики и медицинской науки связан с критикой биомедицинской модели медицины и формированием так называемой социальной модели медицины. Социальная модель медицины основана на признании социального права человека на его собственное здоровье и создание различных моделей охраны здоровья населения. Результатом реформ является улучшение состояния здоровья населения Европы, на что указывает увеличение ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Биомедицинская модель предполагала действительную безучастность и анонимность пациента, причем пациента **ТИПИЧНОГО** (модель основана на изучении типичных случаев заболевания). Это классическое положение пациента было описано впервые Т. Парсонсом, который ввел понятие «роль больного/пациента», подразумевая под этой ролью определенный набор прав и обязанностей, которые приписывает пациенту врач, а пациент добровольно их принимает, получая одобрение обществом «медицинское алиби».

По Т. Парсонсу пациент – это:

- человек, который не может нормально выполнять свои социальные обязанности и потому освобождается на время болезни от их исполнения (врач должен проследить за тем, чтобы пациент не симулировал; он главный эксперт в оценке социальной активности пациента: в таком поведении врача обнаруживается основная социально значимая функция медицины – функция социального контроля);
- человек, который не может о себе заботиться;
- тот, кто желает возвратиться к нормальной жизни;
- тот, кто обращается за компетентной помощью.

Основные права и обязанности пациента (классический патернализм), по Т. Парсонсу:

1. право на лечение, помощь и заботу
2. право отхода от повседневных обязанностей
3. право на помощь врача
4. **обязанность** выполнять врачебные предписания

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Социальная модель медицины – результат критического рассмотрения биомедицинской парадигмы с ее невниманием к личности пациента. Кроме того, в основе данной модели – иное отношение к заболеванию и изменение характера заболеваний: от инфекционных (с которыми чаще и боролась биомедицинская модель) мы перешли к *хроническим заболеваниям*, а это значит, что перед врачом сегодня Другой пациент, с другими ожиданиями, другими проблемами.

Современный пациент чаще не выздоравливает полностью, хотя он и не умирает при этом от своей болезни – это и есть состояние хронического больного, который испытывает потребность в «хроническом враче», т.е. враче, который будет сопровождать его в течение жизни (особым примером таких «хронических врачей» выступает армия психологов и психоаналитиков). Другим вариантом для хронического пациента является его объединение в группы с другими хроническими пациентами. Так пациент сегодня – это не единичное лицо, с которым врач вступает в отношения, сегодня в жизни пациента участие принимает семья, родственники, СМИ и собственно другие пациенты, болеющие схожим или тем же заболеванием (группы взаимопомощи формируются благодаря современным видам коммуникации Internet).

В ноябре 1950 было подписано Европейское соглашение по правам человека. С этого времени началось движение в защиту прав пациента.

В 1994 году появилась *Декларация о политике в области обеспечения прав пациентов в Европе*, где обозначены основные права пациентов и врачей в условиях современного развития медицины:

- Неприкосновенность частной жизни пациента
- Право на охрану здоровья и право иметь возможность для повышения максимального повышения уровня здоровья.
- Уважение моральных и религиозных убеждений личности пациента
- Пациенты имеют право на получение **исчерпывающей информации** о своем здоровье, включая конкретные медицинские данные, характеризующие их состояние; о предполагаемых медицинских вмешательствах, включая сведения о потенциальном риске; об имеющихся альтернативах по отношению к предполагаемым вмешательствам, включая отказ от активных лечебных мер
- Доступ к информации может быть ограничен только в исключительных случаях, когда имеются веские основания предполагать, что эта информация причинит серьезный вред.
- Пациент должен иметь возможность получения «второго мнения»

1.1. Этические нормы во взаимоотношении медицинского работника и пациента

Фундаментальными правилами во взаимоотношениях врача и пациента являются

- **правило правдивости**
- **правило конфиденциальности/врачебная тайна**
- **правило информированного согласия**

Правило информированного согласия обеспечивает активное участие пациента (его родственников) в выборе методов лечения, оптимальных не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения жизненных ценностей самого человека. По этому правилу любое вмешательство, в том числе при проведении экспериментов на человеке должно

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

включать добровольное согласие пациента. Врач должен информировать пациента о целях, методах, побочных эффектах, возможном риске, продолжительности и ожидаемых результатах исследования. Впервые правило «добровольного согласия» формулируется в Нюрнбергском Кодексе (1947 год) – первом «Своде правил о проведении экспериментов на людях».

В основе указанного правила - *признание пациента или испытуемого в качестве личности, которая вправе участвовать совместно с медицинскими работниками в принятии решений*. Врач и пациент становятся тем самым равноправными партнерами в рамках социального института здравоохранения. Данное правило шире простого получения согласия прежде всего за счет того, что нацеливает на обеспечение добровольности и свободы выбора пациентов и испытуемых путем их адекватного информирования.

В форме определенных этических норм содержание правила информированного согласия находит свое выражение в этических кодексах и декларациях, принимаемых международными и национальными медицинскими ассоциациями и объединениями. Примером подобных деклараций является *Декларация о политике в области обеспечения прав пациента в Европе*", принятая в 1994 г. и содержащая специальный раздел «Информация».

Принцип информированного согласия распространяется на случаи медицинского вмешательства, при этом согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетних (до 15 лет) или недееспособных лиц получается от их законных представителей. В экстренных случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, вопрос о медицинском вмешательстве решается либо консилиумом специалистов, либо лечащим (дежурным) врачом с последующим уведомлением администрации лечебно-профилактического учреждения.

Таким образом, согласно правилу информированного согласия, любое медицинское вмешательство (если речь идет о фармацевтической сфере – то это *область клинических исследований лекарственных средств и препаратов*) должно, как обязательное условие, включать специальную процедуру получения добровольного согласия пациента на основе адекватного информирования о целях предполагаемого вмешательства, его продолжительности, ожидаемых положительных последствиях для пациента или испытуемого, возможных неприятных ощущениях (тошнота, рвота, боль, зуд и т.д.), риске для жизни, физического и/или социопсихологического благополучия.

Необходимо также информировать пациента о наличии альтернативных методов лечения и их сравнительной эффективности. Положительная особенность добровольного информированного согласия в том, что она направлена на защиту пациента от экспериментальных и испытательных намерений врача и исследователя, на снижение риска нанесения морального или материального ущерба. В то же время в ситуации, когда наступил вред, хотя было оформлено добровольное информированное согласие между врачом и пациентом, оно является формой защиты врача, ослабляя правовые позиции пациента.

При определении объема и содержания сообщаемой информации можно руководствоваться особыми нормами, получившими в биоэтике название *«стандарты информирования»*. Получив объективную информацию о медицинском вмешательстве или научном исследовании, пациент или испытуемый должны принять решение - дать свое согласие или отказать в нем. При этом пациент/испытуемый обладает рядом прав, среди которых следующие (об этом говорит *«Декларации о развитии прав пациентов в Европе»*, утвержденная на Европейском совещании по правам пациентов (Амстердам, 1994)):

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

1. Пациент имеет *право отказаться от проведения вмешательства или прервать уже начатое вмешательство*. Последствия отказа или прерываний вмешательства должны быть тщательно разъяснены пациенту.
2. В ситуации, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю и имеются экстренные показания к проведению медицинского вмешательства, в порядке допущения можно полагать, что такое согласие имеется, за исключением тех случаев, когда предшествующие волеизъявления пациента явно указывают на то, что согласие в данной ситуации получено бы не было.
3. В ситуациях, когда необходимо согласие законного представителя пациента, но имеются экстренные показания к проведению медицинского вмешательства, осуществление данного вмешательства без согласия данного представителя допустимо в тех случаях, когда такое согласие не может быть получено в необходимые сроки.
4. Если законный представитель пациента не дает согласия на вмешательство, а врач или другой работник здравоохранения полагают, что его проведение отвечает интересам пациента, вопрос должен быть передан на рассмотрение в суд или иную арбитражную инстанцию.
5. Во всех остальных ситуациях, когда информированное согласие может быть получено от самого пациента и не имеется ни законных представителей, ни доверенных лиц, назначенных пациентом для этой цели, следует осуществить необходимые меры для организации процесса принятия решения за пациента, учитывая всю имеющуюся информацию и - в максимально возможной степени - его предполагаемое желание в данной ситуации.

Правдивая информация о реальном состоянии здоровья пациента является непременным условием получения согласия пациента на медицинское вмешательство. Право граждан на информацию о состоянии здоровья провозглашается в статье 31 «Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (от 22 июля 1993 года): «Каждый гражданин имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведённого лечения». Споры и дискуссии ведутся по вопросу «о праве пациента на правду о последнем диагнозе». Однако моральная атмосфера, которая складывается вокруг больного в ситуации лжи, унижает и пациента и врача и негативно влияет на состояние пациента. Хотя в медицине преобладает точка зрения, согласно которой нецелесообразно говорить правду, если она может повредить самочувствию пациента, вызвать у него негативные эмоции, депрессию и т.п. Врачу следует учитывать *психологические и возрастные особенности своих пациентов*. Однако мера их способности воспринять правду не является фактором, который мог бы оправдать ложь. Врач должен быть правдив и с ребенком, и с психиатрическим и с онкологическим больным.

Необходимо выполнение правила правдивости и *внутри лечебного коллектива*, где информация о состоянии больного должна быть доступна. Этические нормы предписывают в интересах больного не только *лечащему врачу, но и всем специалистам знать правду о состоянии здоровья больного*.

Правило правдивости относится и к самому пациенту. Недопустимо сокрытие правды относительно самого заболевания, особенно, если это заболевания передаваемые половым путём. Сокрытие правды при СПИДе, сифилисе и тому подобных заболеваниях является угрозой распространения инфекции в обществе.

И, наконец, правдивая информация о пациенте для студентов медицинских заведений должна быть доступна при согласии больного или его доверенного лица.

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Правило правдивости тесно связано с проблемой конфиденциальности. Конфиденциальность медицинской информации охраняет право пациента на автономию, т.е. право на свободу распоряжаться своей собственной жизнью. *Правило конфиденциальности гласит:* «Нельзя передавать медицинскую информацию третьим лицам без согласия пациента». Собственно *предметом конфиденциальности являются диагноз заболевания, данные о состоянии здоровья, прогноз и все те сведения, которые врач получает в результате обследования или при выслушивании жалоб пациента.*

В форме понятия «*врачебная тайна*» правило конфиденциальности зафиксировано во многих этических кодексах, начиная уже с клятвы Гиппократова. Использование термина «*врачебная тайна*» оправдано традицией, однако, речь идет об обязательствах не только врачей, но и любых других медицинских и фармацевтических работников, а также и должностных лиц, которым медицинская информация передана в соответствии с законом.

Медицинская информация о состоянии здоровья несовершеннолетних старше 15 лет может быть передана родителям или другим лицам только с согласия самих подростков.

Закон ограничивает действие правила конфиденциальности при наличии угрозы распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений или поражений. Так же, как и законодательства других стран, закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускает *нарушение конфиденциальности при наличии у врача основания предполагать, что ущерб здоровью пациента явился следствием противоправных действий.*

Врачебная тайна защищает частную жизнь пациента, его социальный статус и экономические интересы. Это имеет первостепенное значение при психических, злокачественных, венерических и других заболеваниях.

С одной стороны конфиденциальность является правилом поведения врача. С другой стороны врач должен хорошо представлять себе ситуации, когда сохранение врачебной тайны не является благом для пациента или представляет угрозу для окружающих.

Представление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя **допускается**:

- в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю
- при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений
- по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
- в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей
- при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.

Лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, наравне с медицинскими и фармацевтическими работниками с учетом причиненного гражданину ущерба, несут за разглашение врачебной тайны *дисциплинарную, административную или уголовную ответственность* в соответствии с законодательством Российской Федерации, республик в составе Российской Федерации. Уголовный кодекс Российской Федерации содержит статью, определяющую меру ответственности за разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

1.2. Понятие соматических прав

Кроме указанных прав современного пациента в настоящее время можно выделить и особую группу прав человека, которые основываются на фундаментальной мировоззренческой уверенности в «праве самостоятельно распоряжаться своим телом», в основе чего – возможности и достижения современных биотехнологий: осуществлять его «реставрацию», изменять функциональные возможности организма. Права эти, имеющие сугубо личностный характер, можно определить как «соматические» (от греч. *soma* - тело). Под **соматическими правами** следует понимать признанную обществом и государством возможность определенного поведения, выражающуюся в полномочиях по распоряжению человеком своим телом. То есть это соматические притязания, получившие признание общества и правовое закрепление. Природа *«соматических» прав крайне своеобразна: здесь человек не только претендует на радикальное изменение первородной телесной целостности, но также выдвигает определенные претензии обществу, не соглашаясь с тем, как общество «распоряжается» или определяет (закрепляя традицией) телесную целостность.*

Классификация соматических прав (по М.А. Лаврику)

1. право на смерть;
2. права человека относительно его органов и тканей;
3. сексуальные права человека (возможность искать, получать и передавать информацию, касающуюся сексуальности, сексуальное образование, выбор партнера, возможность решать, быть человеку сексуально активным или нет, самостоятельно решать вопрос о добровольных сексуальных контактах, вступлении в брак; вопрос о легализации проституции; оборот порнографической продукции и правовое регулирование положения сексуальных меньшинств);
4. репродуктивные права человека (позитивного характера: искусственное оплодотворение и негативного характера: аборт, стерилизация, контрацепция);
5. право на перемену пола;
6. право на клонирование как всего организма так и отдельных органов;
7. право на употребление наркотиков и психотропных веществ.

Единственным обязательным документом в сфере международно-правового регулирования соматических прав является **Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины** (Конвенция о правах человека и биомедицине), принятая в г. **Овьедо 4 апреля 1997** года с тремя протоколами: дополнительный Протокол, касающийся запрещения клонирования человеческих существ (Париж, 12.01.1998 г.), дополнительный Протокол относительно трансплантации органов и тканей человека (Страсбург, 24.01.2002 г.) и дополнительный Протокол в области биомедицинских исследований (Страсбург, 25.01.2005 г.). Все указанные документы вступили в юридическую силу.

Среди прав и свобод человека, которые защищает Конвенция, необходимо отметить:

- право на выбор вмешательства или невмешательства в сферу своего здоровья; данное вмешательство возможно только при свободном и осознанном согласии человека, основанном на информированности (ст. 5)
- право каждого на уважение его частной жизни в сфере, касающейся сведений о его здоровье (п. 1 ст. 10);
- право каждого на ознакомление с любой собранной информацией о состоянии его здоровья (п. 2 ст. 10);
- запрет дискриминации личности на основании ее генетических особенностей (ст. 11);

- запрет на использование вспомогательных репродуктивных технологий в целях выбора пола будущего ребенка, исключением являются случаи их использования для предотвращения тяжелого заболевания, наследуемого вместе с полом (ст. 14);
- запрет создания эмбрионов человека в исследовательских целях (п. 2 ст. 18); право каждого на судебную защиту в случае нарушения прав, признанных Конвенцией (ст. 23).

2. Социально-антропологический анализ взаимоотношений врача и пациента

В связи с изменением статуса пациента и существованием в рамках современной медицинской практики многообразия моделей взаимоотношений врач - пациент сегодня как никогда актуален вопрос об условии эффективности лечебного процесса.

2.1. Модели взаимоотношений врача и пациента

Для описания различных типов взаимоотношения между медицинскими работниками и пациентами американский философ Роберт Витч выделил четыре базовые модели:

- инженерную
- пасторскую (патерналистскую)
- коллегиальную
- контрактную (договорную).

По мнению С.Г. Стеценко можно так же выделить следующие модели взаимоотношений врача и пациента:

- патерналистская (врач дает указание больному поступить именно так, а не иначе);
- либерационная (врач сообщает больному информацию о заболевании, оставляя за пациентом право выбора конкретного метода лечения);
- технологическая (врач и больной ориентируются на показания диагностической аппаратуры);
- интерпретационная (врач беседует с больным, разъясняя суть заболевания пациента).

В медицинской деонтологии (исследование L. Emanuel, E. Emanuel) выделяют следующие четыре модели взаимоотношений врача и пациента:

- **патерналистскую**
- **информационную** (ее можно объединить с «либерационной»): врач обязан предоставить пациенту всю существенную информацию, касающуюся заболевания. Пациент самостоятельно осуществляет выбор лечения, которому врач должен последовать, несмотря на вероятность некоторой необъективности больного. Именно на пациента в конечном счете возлагается ответственность за выбор лечения.
- **интерпретационную** (характерной чертой этой модели является активная роль врача, который не должен навязывать пациенту свою точку зрения, но приложить все усилия, чтобы выбор пал на единственно разумное решение. Врач в данном случае является советчиком, снабжающим больного необходимой информацией,

разъясняющим, почему именно это, а не какое-либо иное медицинское вмешательство наиболее полно удовлетворяет запросы больного)

- **совещательную** (имеет ряд общих черт с интерпретационной. Врач в совещательной модели действует как друг или учитель, вовлекая пациента в диалог для выявления лучшего способа действия. Он разъясняет пациенту все возможные варианты лечения и один из них, являющийся, по мнению специалиста, наиболее подходящим. Концепция автономной воли больного заключается в том, что он имеет возможность выбора метода лечения на основе детального суждения с врачом всех альтернативных вариантов и определение оптимального)

2.2. Понятие комплаентности

Повышение уровня комплаентности — актуальная проблема, решение которой позволяет увеличить эффективность лечения и снизить расходы здравоохранения.

Комплаентность или комплаенс (compliance) – приверженность к лечению, уровень лояльности пациента к лечению, *степень совпадения поведения пациента с медицинскими рекомендациями*, адаптация или приверженность предписаниям врача. Достижение комплаентного поведения наиболее успешно в рамках инженерной и патерналистской модели, однако, сегодня пациент имеет право на самоопределение, поэтому достижение комплаентного поведения становится проблемой

По статистике, как правило, *от 25 до 50% пациентов проявляют черты некомплаентного поведения*. Следствием этого является не только негативные последствия для здоровья пациента, но и в целом для системы здравоохранения (то есть пациенты продолжают болеть, а в системе здравоохранения – перерасход средств на лечение данных пациентов). По данным ВОЗ, приверженность к лечению у людей, страдающих хроническими заболеваниями, резко падает уже после первых 6 месяцев после установления диагноза. И причины здесь самые разные. Это и неадекватное представление о своем здоровье, и высокий уровень стресса или депрессия, вызванные известием о болезни. Порой больной сталкивается с отсутствием поддержки семьи; у него могут также неудовлетворительно складываться отношения с лечащим врачом.

Факторы, влияющие на комплаентное поведение пациента:

1. **Болезнь** – сам факт болезни, боли уже ориентирует или не ориентирует пациента на комплаентное поведение: тяжесть состояния, характер заболевания влияют на комплаентность. Когда знаешь, что осложнением данного заболевания может выступить хроническое заболевание почек или сердца и т.д. и т.п., серьезнее относишься к лечению. Однако, если болезнь не доставляет слишком много неудобств – это настраивает на некомплаентное поведение. При этом важна также оценка психического состояния пациента: подавленность, уровень беспокойства.

2. **Медицинский режим** (или необходимость пациента в ситуации болезни следовать предписаниям).

Негативное отношение к лекарственным препаратам, осознание того, что их прием может вызывать побочные эффекты, просто необходимость подчиняться правилам способствует уходу от того, что требуется всеми возможными методами. С другой стороны понимание пациентом важности следования всем предписаниям, обуславливает лучший эффект.

3. **Информированность пациента** – уровень осознания, понимания того, что с ним происходит, то есть знание влияет на характер поведения пациента. Наличие, например, только предписаний, без достаточного объяснения, может просто напугать пациента и вызвать уход от лечения (этим страдает патерналистская модель и инженерная модель).

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

Данный фактор влияет на следующие элементы поведения пациента: доверие врачу, тому, что он говорит, его мнению; осознание риска и серьезности проблемы; формирование позитивного восприятия лечения и настроя на него; способности пациента к лечению (так как лечиться тоже надо уметь, но способность формируется на основе знания).

4. *Пациент* (психологические особенности, включая возрастные особенности, пациента влияют на комплаентность).

Возраст (молодой или старый). Пожилые люди часто уходят от лечения, склонны применять препараты, о которых узнали из разговора с соседями, знакомыми и т.д. В молодом возрасте важным фактором является уважение автономии.

Личность – тип личности также определяет поведение пациента и его способность следовать предписаниям врача. Какие же существуют варианты личностного отношения пациентов к своей болезни?

- *Пациент-педант*. К этой категории пациентов, как правило, относятся, прежде всего, пожилые люди. Все интересующие их вопросы записаны, они добиваются получить на свои вопросы полные ответы, не считаясь со временем врача, условиями и обстоятельствами места и времени действия.
- *Правильный пациент* адекватно воспринимает свое состояние, выдержан, сохраняет спокойствие, выполняет все предписания врача, стремится к деловому контакту с врачом.
- *Пациент-скептик*. Он, как правило, не доверяет одному врачу. Будет искать консультаций, советоваться с другими врачами, менять врачей, требовать повторных обследований.
- *Пациент-эрудит*. Объясняется с врачом готовыми диагнозами, медицинскими понятиями, постоянно читает медицинскую литературу, специальную и популярную, сомневается в профессионализме и компетентности врачей.
- *Пациент-оптимист*. Это больной недооценивающий серьезности своего заболевания, не лечится, не выполняет предписаний, пренебрежительно относится к своему здоровью.
- *Пациент-пессимист* напротив, необоснованно уверен в том, что у него тяжелейшее заболевание, он всегда переоценивает тяжесть своего состояния, боится заболеть, страшится болезни.
- *Пациент-прагматик* ставит перед собой цель извлечь максимальную выгоду из своей болезни, будь то качество отношения к своей персоне со стороны медицинского персонала, внимание со стороны родственников, сочувствие со стороны сослуживцев, или прямую материальную выгоду - не выход на работу, получение пенсии и т.п.

5. *Социально-экономические факторы* - бедные люди - менее комплаентны из-за отсутствия достаточных средств на долгосрочное лечение.

6. *Социальная поддержка* - если члены семьи вовлечены в процесс лечения, это увеличивает степень соблюдения предписаний.

7. *Социально-психологические факторы* (влияние социального окружения, культурной среды, характер работы и т.д.).

Достижению *комплаентности* во многом способствует то, как сам врач относится к заболеванию пациента. Существуют как правило два возможных варианта отношения: рассматривать заболевание пациента либо в биологическом контексте, либо в биографическом (социально-антропологическое значение заболевание с которым приходит к врачу пациент, исходя из чего он и готов и может вести диалог с врачом)

2.3. Биологический и биографический взгляд на заболевание

Любое заболевание человека может быть описано как минимум двумя относительно независимыми способами.

Во-первых, с медицинской точки зрения оно предстает как очевидный факт *биологии* - специфическое сочетание биологических параметров организма человека. Этот план заболевания является предметом профессионального медицинского изучения. Американский медицинский антрополог А. Клейнман обозначил болезнь в данном контексте как *diseas*.

Одновременно то же самое заболевание с точки зрения пациента выступает как факт его *биографии* (*аутопластическая картина болезни*) - *illnes*. Заболевание является таким фактом, который может иметь множество самых различных значений для данной конкретной личности в конкретных условиях. Заболевание может нарушать жизненные планы, оно нередко перестраивает отношение к миру и другим людям. И это - личное знание пациента, которым врач не обладает и которое он может получить лишь в результате внимательного и заинтересованного расспроса. Однако этим личностное знание пациента не ограничивается. Здесь болезнь предстает особым опытом, экзистенциальным опытом человека, включающим опасения, надежды, собственное объяснение и возможную (приемлемую) коррекцию поведения как урок болезни. Здесь опасения и надежды пациента – то, что он может скрывать от врача и что может быть причиной несогласия пациента, условием несоблюдения тех или иных предписаний.

Любое медицинское вмешательство, которое врач осуществляет на уровне биологической реальности организма, отображается в сложных формах психофизиологических и личностных реакций и переживаний пациента, то есть оно для пациента представляет собой *illness* (пациент «переводит» речь врача на свой язык).

Допустим, при проведении некоей диагностической или лечебной процедуры имеется 10%-ная вероятность осложнений в форме нарушения зрения. Врач может объективно оценивать полезность этих вмешательств для терапии, но от него закрыто **значение** этого риска для конкретного пациента, например при условии, что у данного пациента намечена важная встреча, предстоит важное событие в жизни или просто зрение – инструмент в его работе.

Ведущий отечественный авторитет в области медицинской этики Н.Н. Петров так характеризовал различие биологического и биографического планов диалога врача с пациентом по поводу лечения язвенной болезни: "Обсуждая вместе с больным способы лечения язвенной болезни, разумеется, не надо его спрашивать, желает ли он, чтобы ему сделали резекцию желудка; обсуждая лечение желчекаменной болезни - желает ли больной удаления или дренирования желчного пузыря. Однако непременно надо договориться с больным о степени тяжести испытываемых им симптомов, надо узнать, в какой мере они лишают его трудоспособности и имеет ли он возможность проделать систематический курс консервативного лечения, так как от ответов на эти вопросы зависит **уточнение намеченного плана операции**".

Так становится понятно, что то, что оптимально с точки зрения врача, может иметь другую оценку у пациента, что еще больше делает необходимым умение врача говорить с пациентом, принимая во внимание контекст *illness*.

Сегодня во всем мире возникают различные группы само- и взаимопомощи хронически больных (и не только) пациентов. Опираясь на рекомендации врачей-специалистов (**или дилетантов!**), они обучаются самостоятельно решать медицинские и биографические проблемы, которые постоянно ставит перед ними их заболевание. И здесь врач может реализовать практику умеренного патернализма: предостерегая от возможных ошибок и консультируя по наиболее важным и значимым для данного пациента вопросам, давая

МЕДИЦИНА ГЛАЗАМИ ПАЦИЕНТА

профессиональную оценку и совет. Так принцип патернализма (слабый патернализм) сегодня в определенном смысле может быть даже способом защиты пациента от некачественной медицинской информации и практики.