

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Назарова С.К., Мирдадаева Д.,

Ташкентского педиатрического медицинского институт.

✓ Резюме

Статья посвящена анализу медицинской этики и деонтологии, которая рассматривает профессионально-этическое поведение, взаимоотношения, морально-нравственные установки и личностные качества медицинского работника в соответствии с профессионально-этическим кодексом. В статье определены понятия медицинской этики и деонтологии в историческом аспекте и в современной трактовке, посредством соотнесения с биоэтической моделью.

Ключевые слова: этика, профессиональная этика, модель врачебной этики, медицинская этика, модель Гиппократова, модель Парацельса, деонтология, деонтологическая модель, биоэтика.

FEATURES OF PROFESSIONAL ETHICS AND DEONTOLOGY OF A MEDICAL WORKER AT PRESENT STAGE

Salima Nazarova, Dilfuza Mirdadayeva,

Tashkent Pediatric Medical Institute.

✓ Resume

The Article is devoted to the analysis of medical ethics and deontology, which considers professional and ethical behavior, relationships, moral attitudes and personal qualities of a medical worker in accordance with the professional and ethical code. The article defines the concepts of medical ethics and deontology in the historical aspect and in the present, by means of correlation with the bioethical model.

Key words: ethics, professional ethics, model of medical ethics, medical ethics, Hippocratic model, Paracelsus model, deontology, deontological model, bioethics.

ТИББИЁТ ХОДИМИНИНГ КАСБИЙ ЭТИКАСИ ВА ДЕОНТОЛОГИЯСИ ХУСУСИЯТЛАРИ ҲОЗИРГИ БОСҚИЧДА

Назарова С., Мирдадаева Д.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме

Мақола профессионал ва ахлоқий кодексга мувофиқ тиббий ходимнинг касбий ва ахлоқий ҳуқ-атвори, муносабатлари, ахлоқий қарашлари ва шахсий фазилатларини ҳисобга олган тиббий этика ва деонтологияни таҳлил қилишга бағишланган. Мақолада тиббий этика ва деонтология тушунчалари тарихий аспектда ва замонавий трактовкада биоэтик модель билан солиштирилган.

Калит сўзлар: ахлоқ, касб-этика, тиббий этика, биоэтик модель, Гиппократ модели, Парацельс модели, деонтология, деонтологик модель, биоэтика.

Актуальность

Этика (от др. греч.-этос, "нрав, обычай, характер") философское исследование морали и нравственности. Впервые термин употребил Аристотель, как учение о нравственности, означает систему непротиворечивых суждений о смысле и назначении морали, а также нормы, правила, обычаи, регулирующие поведение и взаимоотношения людей в обществе. Профессиональная этика - это система нравственных норм и моральных принципов, свойственная определенному профессиональному сообществу, выполняющая функции регуляции взаимодействия специалистов в профессиональной среде, определения отношения личности к профессиональной деятельности, своим обязанностям, долгу перед обществом, а также адаптации в конкретных профессиональных ситуациях: юридической, медицинской, инженерной и др.

Медицинская этика является составной частью этики. Медицинская этика (лат. ethica, от греч. ethice-

изучение нравственности, морали), или медицинская деонтология (греч. deon- долг; термин "деонтология" широко использовался в отечественной литературе последних лет), - совокупность этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении ими своих профессиональных обязанностей. [13]. Медицинская, или врачебная, этика является видом профессиональной этики. Медицинская этика в научной литературе трактуется с двух точек зрения - широкой и узкой. С широкой точки зрения медицинская этика представляет собой систему норм поведения медиков и принципов регулирования медицинской деятельности [2]. С узкой точки зрения под медицинской этикой подразумевают определенный тезаурус регуляторов медицинской деятельности, в том числе и регулятивных требований к морально-нравственным качествам и установкам медика [6]. Актуальность проблемы заключается в изучении особенностей профессиональной этики и деонтологии медицинского работника, что имеют большую значимость на современном этапе.

Цель исследования: выявить особенности профессиональной этики и деонтологии медицинского работника в историческом аспекте и на современном этапе с целью повышения их компетентности в общении с пациентами.

Материал и методы

Для решения поставленных задач был использован комплекс методов изучения истоков развития медицинской этики и ее развитие на современном этапе, включающий в себя: теоретический анализ психологической, педагогической, медицинской литературы; анализ документов. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы "Microsoft Word-2003" на персональном компьютере типа IBM PC.

Результат и обсуждения

Исследованием изучены истоки развития медицинской этики, сопоставлены с современным состоянием этических норм и правил. Необходимо отметить, что медицинская этика изучает не только нравственность человека, но и воздействует на его идеологическое формирование. При этом медицинская этика включает в себя 2 главных аспекта: 1. Практический-этика задачами которой являются формирование и применение этических норм и правил в повседневной профессиональной медицинской деятельности. 2. Научный - изучает этические и нравственные аспекты деятельности медицинских работников.

Огромное влияние на развитие медицинской этики и деонтологии оказали врачи Востока Ибн-Сина (Авиценна) - автор "Канона врачебной науки" - рассматривая различные стороны деятельности врача, подчеркивал индивидуальность и неповторимость обращающегося за помощью. Ему принадлежит изречение "Врач должен". Ибн Сина требовал особого подхода к больному: "Ты должен знать, что каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично. Редко бывает или совсем невозможно, чтобы кто-нибудь имел одинаковую с ним натуру".[1]. При этом, большое значение имеет слово, что подразумевает не только культуру речи, но и чувство такта, умение поднять больному настроение, не ранить его неосторожным высказыванием.

Теоретический раздел медицинской этики является, самым древним и разработанным сводом профессиональной этики, поскольку его эволюция продолжалась на протяжении более двадцати пяти столетий. Основным предметом медицинской этики издревле считали проблемы регуляции взаимоотношений врача и больного, лечения болезней и спасения жизней. Такое многообразие определяется тем, что функционирование общепринятых идеальных нравственных норм в конкретных видах трудовой и профессиональной деятельности сопряжено с постоянным отступлением от них. Подобные отступления связаны с доминированием или дискриминацией в профессиональной деятельности тех или иных общекультурных нравственных установок или принципов. Например, принцип "не убивай" имеет ряд оговорок в профессиональной деятельности военного врача (дискриминация). Принцип сохранения тайны клиента (пациента), напротив, доминирует над другими морально-этичес-

кими принципами во врачебной и юридической практике. Фактически профессиональная этика легитимизирует определенный вид девиантных норм, что детерминировано спецификой профессиональной деятельности [6]. Исторические программы медицинской этики, несмотря на развитие медицины и этики как наук, содержат ряд универсальных определений нравственно-этического кодекса медицинского работника. Традиционно считается, что в Древней Греции общественные и профессиональные отношения носили светский характер, однако в исследованиях, посвященных истории медицины, утверждается мысль, что религиозные воззрения выступали основой профессиональной этики древнегреческих врачей [9, 13]. Самой древней программой медицинской этики, актуальной и на сегодняшний день явилась "Клятва" Гиппократ (460-377 гг. до н. э.). В своей знаменитой "Клятве", Гиппократ сформулировал обязанности врача перед пациентом. Прошли многие века, но "Клятва" не потеряла своей актуальности, более того, она стала эталоном построения многих этических документов. В модели медицинской этики Гиппократ ("не навреди") основным предметом выступили отношения между врачом и пациентом. Основу "Клятвы" Гиппократ составляют три этические установки:

1. Высоконравственный облик врача распространяется не только на его профессиональную деятельность, но и на частную и общественную жизнь.

2. Врачу абсолютно запрещается совершать действия, угрожающие жизни человека или способствующие этому.

3. Профессиональная деятельность врача не должна определяться материальными факторами, то есть медицина рассматривается как бескорыстное служение обществу: одинаковую медицинскую услугу должны получить и богатый, и бедный пациент [5]. Принцип сентенции Гиппократ "не навреди". выступает регулятором гражданской составляющей профессиональной этики врача. Вместе с тем в основе медицинской этики Гиппократ лежит позиция, согласно которой человеческая нравственность выступает гарантом профессиональной этичности. Однако предикативность в "Клятве" Гиппократ несколько иная: поскольку ты врач, на тебя налагаются дополнительные повышенные моральные требования, выполняющие роль непреложного профессионального закона [6].

Вторая идея, основ медицинской этики Парацельса, - это концепция патернализма (от лат. *paternus* - отеческий), которая направлена на регуляцию взаимоотношений между врачом и пациентом. Модель врачебной этики Парацельса ("делай добро") сложилась в Средние века. Наиболее четко ее принципы были изложены Парацельсом (1493-1541гг.). В отличие от модели Гиппократ, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. Царившей тогда в медицинском мире круговой поруке, он противопоставил другие принципы: "врач должен денно и ночью думать о своем больном"; "врач не смеет быть лицемером, мучителем, лжецом, легкомысленным, но должен быть праведным человеком"; "сила врача - в его сердце, работа его должна руководиться Богом и освещаться естественным светом и

опытностью", "величайшая основа лекарства - любовь" [4,8]. Деонтологическая модель. Специфика этих взаимоотношений строилась по модели "отец и сын", "Бог и человек". Отец никогда не причинит вреда своему сыну, более того, любое деяние отца продиктовано любовью к сыну. Так и врач должен относиться к пациенту - творить добро с любовью, заботой. Идея патернализма ориентировала медика не только на оказание больному медицинской помощи, но и на душевное врачевание больного. Врач в парадигме этики Парацельса должен был оказывать психотерапевтическую помощь пациенту [8,6]. Следующий этап развития медицинской этики возникает в эпоху капитализма. Этот этап обусловлен доминированием товарно-денежных отношений в обществе, в том числе и в сфере оказания медицинских услуг. Развитие и усовершенствование медицинской практики вело к увеличению стоимости лекарств и медицинских услуг, и как следствие, уровень и эффективность медицинской помощи напрямую зависели от уровня достатка пациента. Развитие этого этапа было связано с разработкой деонтологической модели медицинской этики (принцип "соблюдения долга"). В основе модели лежит принцип "соблюдения долга" (deontos по-гречески означает "должное"). Она базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдение некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а также собственным разумом и волей врача для обязательного исполнения. Для каждой врачебной специальности существует свой "кодекс чести", несоблюдение которого чревато дисциплинарными взысканиями или даже исключением из врачебного сословия [7]. В основе деонтологической модели медицинской этики лежит принцип "соблюдения долга". На основании этого принципа в медицинском сообществе разрабатываются требования, которые расцениваются в качестве обязательных. Эти требования крайне детализированы, ориентированы на медицинскую специальность. Фактически этические требования к медицинским специальностям исполняют роль конкретных ориентиров компетенции медицинских работников. Доскональная разработка деонтологических оснований для каждой медицинской области была осуществлена уже в XX в. [9,3]. В соответствии с идеями деонтологии, деятельность медицинского работника любого уровня и квалификации определяется следующей иерархией: 1. Нравственные регулятивы общества.

2. Морально-нравственные установки профессионального сообщества медиков. 3. Действия врача в конкретных ситуациях, детерминированные его разумом и волей [8]. Необходимо отметить, что деонтологическая модель медицинской этики была актуальной вплоть до 70-80-х гг. XX в. Очередной спад медицинской этики был вызван двумя причинами. Во-первых, деонтология излишне регламентировала медицинскую практику, "консервируя" морально-этические нормы медицинского работника, излишне бюрократизируя медицинскую практику. Так, например, согласно деонтологическим принципам роль пациента была определена как пассивная. В связи с этим культивировалась практика информационной блокады больных, поскольку считалось, что неблагоприятные известия о диагнозе пациента сыграют далеко не позитивную роль в его возможном выздоровлении. Как следствие, в культурном обществе обнаруживалась несформи-

рованная готовность пациента распоряжаться собственной судьбой. Данная проблема тесным образом была связана со следующим этапом развития медицинской этики в XX в.

Во-вторых, научно-технический прогресс, определяя контуры современной медицины, вызвал к жизни ряд неразрешимых или трудно разрешимых в области деонтологии проблем, например проблемы аборт (с одной стороны, аборт для плода есть убийство, что противоречит принципу "не навреди", с другой стороны, в рамках разработки концепции прав человека утверждается идея права женщины на аборт), эвтаназии (здесь происходит столкновение права смертельно больного пациента на достойную и/или безболезненную смерть и принципа медицинской этики "не навреди"). Итак, кризис деонтологии был разрешен появлением новой парадигмы медицинской этики - биоэтики (11,15,16).

Биоэтика (принцип "уважение прав и достоинства человека") впервые прозвучал в работе английского философа-утилитариста И. Бентама "Деонтология, или Наука о морали". Согласно концепции мыслителя, функционирование общества в целом и профессиональных сообществ в частности должно осуществляться при условии, что в обязательном порядке соблюдается ряд нравственных установок и моральных принципов [12,14].

Впоследствии эти идеи были перенесены в большей степени в медицинское сообщество, которые объединены в четыре принципа, являющиеся универсальными: принцип научности медицинских вмешательств, принцип гуманизма, профессионализма, принцип самокритичности. Современная медицина, биология, генетика и соответствующие биомедицинские технологии вплотную подошли проблеме прогнозирования и управления наследственностью, проблеме жизни и смерти организма, контроля функций человеческого организма на тканевом, генетическом, клеточном и субклеточном уровне. Как никогда остро стоит вопрос соблюдения прав и свобод пациента как личности, соблюдение прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) возложено на этические комитеты, которые фактически сделали биоэтику общественным институтом.

В основе биоэтической модели медицинской этики лежит принцип автономии личности. Принцип биоэтической модели предлагает несколько иначе регулировать взаимоотношения пациента и врача. В контексте этого принципа пациент является полноправным соучастником лечебного процесса, и как следствие, имеет право владеть полной информацией о состоянии своего здоровья, обо всех возможных осложнениях и прогнозах, а также участвовать в выборе метода лечения или отказаться от него [10,11].

Развитие медицины во второй половине XX в. (трансплантология, протезирование, генетика и т. п.) актуализировало специфические контексты принципа автономии личности, зародившегося как особое ответвление концепции прав человека. Поскольку высокотехнологичные медицинские услуги определялись не только экономическим, но и научным потенциалом, с целью соблюдения биоэтического принципа прав человека потребовалась разработка инфраструктур, обеспечивающих доступ к дорогостоящим медицинским процедурам всех людей. В качестве таких инфраструктур выступили биоэтические комитеты, об-

щества, научно-исследовательские институты, а также система медицинского страхования, предполагающая удержание части заработанных средств всех граждан с целью последующего их разделения для покрытия высоко затратных медицинских процедур тем, кто в этом нуждается [11].

Под влиянием биоэтических программ начинает происходить трансформация исторических моделей медицинской этики. Принцип медицинской этики Гиппократ "не навреди" получает интерпретацию в контексте этического представления о благополучии человека, складывающегося не только из физического, но и из духовно-нравственного и социального здоровья. Соответственно, здоровье как ценностная категория ограничивается рамками полноценности существования пациента, однако, некоторые современные диагностические медицинские исследования и процедуры способны отрицательно влиять на здоровье пациента. Принцип медицинской этики Парацельса "делай добро" уже не рассматривается безусловным, особенно когда пациенту все-таки наносится вред, но несравнимо меньший, чем тот, который мог бы возникнуть без медицинского вмешательства (например, лучевая и химическая терапия при лечении онкологических заболеваний).

В развитии медицинской этики немаловажное место занимают международные организации и юридические документы. Так например, интерес мирового сообщества к проблемам врачебной этики резко обострился по окончании Второй мировой войны когда на Нюрнбергском процессе на скамье подсудимых оказались и 23 нацистских врача, проводившие исключительно по своей жестокости и цинизму эксперименты на людях. В тексте приговора нацистам-медикам были сформулированы юридические и этические условия допустимости медицинских экспериментов на людях. Это и есть так называемый "Нюрнбергский кодекс". Его положения до настоящего времени учитываются при составлении всех последующих этических кодексов, регулирующих медицинские исследования на людях. В "Нюрнбергском кодексе" впервые в истории человечества был сформулирован принцип первичного блага и интересов отдельного человека над интересами как науки, так и общества. В том же 1947 г. была организована Всемирная медицинская ассоциация - ВМА, являющаяся неправительственной международной ассоциацией медиков, которая с самого начала стала уделять большое внимание проблемам врачебной этики. В 1948 г. ВМА приняла "Женевскую декларацию" - текст присяги, которую на Западе рассматривают как современный вариант "Клятвы Гиппократата" и принимают по окончании медицинского факультета врачи стран - членов ВМА (США, большинство стран Западной Европы). Положения "Нюрнбергского кодекса" были углублены и дополнены в "Хельсинкской декларации" ВМА, принятой в 1964 г., а затем дополненной на всемирных медицинских ассамблеях в 1975, 1983, 1989 и 2000 гг. В них сформулированы требования к проведению клинических испытаний. Один из последних документов по клиническим испытаниям - "Дополнительный протокол" и Конвенции Совета Европы о биомедицине и правах человека (2005), в котором, в частности, рассматривается вопрос о гарантиях безопасности испытуемых и возмещении ущерба, вызванного участием в исследовании. Этические и правовые нормы меди-

цинских исследований на человеке отражены также в "Конвенции о правах человека в биомедицине", принятой Советом Европы в 1996 г. В ней, в частности, впервые отмечается, что протокол клинического испытания должен быть утвержден компетентным органом, созданным на междисциплинарной основе [7,3, 10]. Большим событием в истории медицинской этики стал выход в свет в 1971 г. книги В. Поттера "Биоэтика: мост в будущее" [15] и создание "новой дисциплины" (выражение автора!), новой науки - биоэтики. Необходимо отметить также знаковую роль в истории медицинской этики книги американских специалистов Т. Бичампа и Дж. Чилдреса "Принципы биомедицинской этики", вышедшей в 1994 г. [17,16]. В этом фундаментальном руководстве впервые названы четыре основополагающих принципа биомедицинской (медицинской) этики: непричинение вреда пациенту ("не навреди"), благодеяние ("делай благо"), уважение автономии пациента и принцип справедливости. В 90-х годах XX столетия американский философ Р. Витч выделил 4 базовые модели взаимоотношений между врачом и пациентом - инженерную, пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную [18]. По мнению Витча, эти модели представляют собой иерархию от наименее морально обоснованной инженерной модели к наиболее совершенной - коллегиальной модели. В это же время сформулированы основные правила отношения врача к пациенту: правило правдивости и информированного добровольного согласия. К ним отнесено и древнее моральное требование к врачу - правило конфиденциальности (соблюдение врачебной тайны).

Возникшая на современном этапе критическая ситуация с медицинской помощью во многом усугубляется тем, что в центре внимания лечебного дела поставлен не человек с его потребностями, а болезнь. В процессе профессиональной подготовки у медицинских работников формируется установка на лечение болезни с помощью манипуляций, без выделения значимости общения с пациентом в будущей деятельности. Именно через общение проявляются индивидуальные особенности пациента и профессиональные особенности медсестры [14]. Взаимодействие с пациентом только как с биологическим существом без учета его психической, социальной и духовной сфер делает услуги системы здравоохранения в большинстве случаев механистическими и негуманными. Организация и регуляция совместной деятельности с пациентом, направленной на достижение им оптимального уровня жизнедеятельности - главная функция общения медицинской сестры. В психологических исследованиях по медицинской деонтологии, социальной гигиене, организации здравоохранения изучается влияние общения на совместную деятельность врача и пациента [11, 10, 13]. На современном этапе остро стоят этические проблемы современной медицины. Это: эвтаназия, аборт, экстракорпоральное оплодотворение, контрацепция, суррогатное материнство, ятрогения, предел оказания медицинской помощи, трансплантация органов. Отмечается важность личностного подхода, необходимости взаимодействия с пациентом по типу "субъект - субъект" вместо "субъект - объект" и значимость доверительных контактов [3,9].

Термин "Эвтаназия" происходит от греческих слов evos -хорошо, thanatos - смерть, буквально - хоро-

шая, добрая смерть. В современном понимании, данный термин означает сознательное действие или отказ от действий, приводящие к скорой и, как правило, безболезненной смерти безнадежно больного человека. Пытаясь освободить от моральной и юридической ответственности невольных исполнителей – врачей, культура обращается к принципу эвтаназии – умышленному, безболезненному умерщвлению безнадежно больных людей. Проблема эвтаназии стала острой в 20 столетии в связи с прогрессом медицины. Появились возможности поддерживать жизнь неизлечимых больных при помощи аппаратов искусственного дыхания, кровообращения, искусственной почки, лекарств. Различают добровольную эвтаназию – по требованию самого больного и принудительную, которая осуществляется по настоянию родственников, общества или государственных учреждений. Аморальность последней не приемлют ни врачи, ни общество, ни закон, а допустимость добровольной эвтаназии является предметом ожесточенных споров. В настоящее время эвтаназия при соблюдении весьма строгих правил законодательно разрешена в Нидерландах, Бельгии, Швейцарии, Люксембурге в некоторых штатах Америки. На территории Республики Узбекистан осуществление эвтаназии, в том числе с помощью медицинских (фармацевтических) работников, запрещено. Лицо, сознательно побудившее другое лицо к эвтаназии и (или) осуществившее эвтаназию, несет ответственность в соответствии с законодательством Республики Узбекистан.

Этические проблемы аборта, контрацепции и стерилизации являются также актуальными на современном этапе. Искусственный аборт, контрацепция и стерилизация – это современные формы медицинского вмешательства в репродуктивную способность человека. В наше время оно приобретает массовый характер и происходит на фоне принципиальных изменений его нравственной оценки и юридического статуса. Аборт на позднем сроке, согласно новым правилам, можно делать лишь по медицинским показаниям, в случае, если беременность стала результатом насилования, а также в ситуации, когда женщина лишена родительских прав.

В конце XX века ученые-генетики, философы, политики, социологи встают перед необходимостью решения целого комплекса реальных этических проблем генных технологий: Должно ли генетическое обследование стать доступным каждому и охватывать всю популяцию? Можно ли рассматривать генетическую диагностику основанием для аборта (прерывания беременности)? Этично ли сообщать человеку об имеющейся у него предрасположенности к тому или иному заболеванию? Этично ли создание "запасных частей" для рынка органов, тканей, генов, используя внутриутробные зародыши? Допустимы ли подобные процедуры с эмбриональным материалом вообще? Должна ли информация о результатах генетического обследования быть доведена до всех членов семьи?

Трансплантация – процесс замены поврежденных или утраченных органов путем пересадки таких же органов, взятых из здоровых организмов того же вида. Проблема забора органов или тканей у донора рассматривается в зависимости от того, является ли донор живым или мертвым человеком. В трансплантологии соблюдение этического принципа "не навреди" в случаях, когда донором является живой человек,

оказывается практически невозможным. Врач оказывается перед противоречием между моральными принципами "не навреди" и "твори благо". Поэтому, в случаях живого донорства речь всегда идет о степени получаемой пользы и степени причиняемого вреда, и всегда действует правило: получаемая польза должна превышать причиняемый вред. Проблема констатации смерти человека в конце 20 в. перешла из разряда чисто медицинских проблем в категорию биоэтических в связи с развитием реанимационных, трансплантологических и других технологий медицины. В подавляющем большинстве стран мира главным критерием смерти человека признана смерть мозга.

Проблема дефицита донорских органов решается различными путями: идет пропаганда пожертвования органов после смерти человека с прижизненным оформлением согласия на это, создаются искусственные органы, разрабатываются методы получения донорских органов от животных, путем культивирования соматических стволовых клеток с последующим получением определенных типов тканей, создания искусственных органов. Распределение донорских органов в соответствии с принципом справедливости решается путем включения реципиентов в трансплантологическую программу, основанную на практике "листов ожидания". Этические проблемы, связанные с коммерциализацией трансплантологии связаны с тем, что человеческие органы становятся товаром, а в условиях всеобщего дефицита донорских органов – дефицитным и очень дорогим товаром.

Бурное развитие медицинской науки, внедрение стандартизаций и высоких технологий способствует все большей "технолизации", роботизации и отдалению от личности больного как индивидуума, где роль пациента была определена как пассивная. На сегодняшний день эти барьеры стираются, и мы можем видеть уже пациента как соучастника процесса лечения и оздоровления. Принципы медицинской деонтологии определяются также уровнем развития медицинской науки, от которого во многом зависят действия врачей [2].

Заключение

В рамках современной биоэтической концепции медицинской этики оформлены требования к профессиональной деятельности медицинских работников, основанные на принципах гуманизма, профессионализма, научности медицинских вмешательств, самокритичности поведения на морально-этическом, профессионально-медицинском и правовом уровнях. Конкретизация этих требований может быть представлена системой основополагающих требований:

- своевременности и актуальности оказываемых медицинских вмешательств;
- научной обоснованности и правильности технологии оказания медицинской помощи;
- сохранения медицинской тайны;
- уважения прав и свобод личности пациента;
- соблюдения принципов медицинской этики.

Особое значение для подготовки будущих медицинских работников имеет сфера практической медицинской этики, регулирующая особенности морально-этического выбора и поведения медика в конкретных профессиональных ситуациях.



Таким образом, в результате анализа специфики профессиональной этики медицинских работников удалось установить следующее. Медицинская этика развивалась на основе культурно-исторических моделей медицинской этики (модель Гиппократ, модель Парацельса, модель деонтологии и биоэтическая модель). Современная медицинская этика определяется посредством биоэтической модели, интегрирующей все культурно-исторические модели и их основополагающие принципы (не причинения вреда, автономности личности, "делай добро", справедливости). При этом нравственно-этические установки и ценности наряду с медицинскими компетенциями выступают критерием готовности будущих медицинских работников к профессиональной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки. Том I. - Ташкент, 1996.
2. Амиров Н.Х., Альбицкий В.Ю., Нежметдинова Ф.Т. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания // Казанский медицинский журнал. 1998. № 2.
3. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н.: Клиническая патофизиология: Руководство для врачей и клинических психологов С-624
4. Гартман Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения. М., 2001.
5. Гиппократ. Избранные книги. М., 1936.
6. Грандо А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев, 1988.
7. Психотерапия: Учебник. Под ред. Б.В.Карвасарского, 2-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер, 2002.- С. 218
8. 5. Корженьянц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5.
9. Мясников В.Н. // Психотерапевтическая энциклопедия/ Изд. 2-е, доп. и перераб.- СПб.: Питер, 2000.- С394-195.-1024 с
10. Тищенко П.Д. Этические правила взаимоотношений медицинского работника и пациента // Введение в биоэтику. Учебное пособие. М.: Прогресс-Традиция, 1998. - С.159-196.
11. Юдин Б.Г. Этико-правовое регулирование биомедицинских исследований в документах Совета Европы // Этическая экспертиза биомедицинских исследований с участием человека: Материалы международного семинара. Волгоград, 2003. - С. 19-29.
12. Эльштейн Н.В. Взаимоотношения врача и пациента в меняющемся времени // Русский медицинский журнал. 1996. - № 6. -С.348-35
13. Яровинский М.Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика). М., 1999.
14. <https://www.zdrav.ru/articles/4293658233-18-m02-20-ehitika-deontologiya-medicinskoj-sestry>
15. Р Ван Поттер "биоэтика: мост в будущее" 1971
16. Potter Van R. Global Bioethics. Michigan State U.P., 1988
17. Beauchamp T.L., Childress I.F. Principles of biomedical ethics. - 4th Ed. Oxford, 1994.
18. Witsh P. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. 1994. № 3. С. 67-72

Поступила 09.09. 2020