

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA. Classification of Diseases, Functioning, and Disability. [Электронный ресурс]: <http://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>

5. Moller M., Sonntag D., Ernst P. Modeling the International Classification of Diseases (ICD-10) in OWL // Communications in Computer and Information Science. 2013. Vol. 272. P. 226—240.

DOI: 10.25742/NRIPH.2019.03.004

Ильинцева Е.О.¹ Ильинцев Е.В.²

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ (обзор литературы)

¹ Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко, г. Москва

² Научно-исследовательский институт Федеральной службы исполнения наказаний, г. Москва

Ilyintseva E.O.¹, Ilintsev E.V.²

MEDICAL ETHICS AND HEALTH TECHNOLOGIES

¹National Research Institute of Health Organization, Moscow

²Research Institute of the Federal Penitentiary Service, Moscow

Контактная информация:

Ильинцева Елена Олеговна - научный сотрудник;

E-mail: ieo2@mail.ru

Резюме. В работе рассматривается значение вопросов медицинской этики для ресурсосберегающих технологий. Перечисляются имеющиеся этические проблемы, которые могут оказать негативное влияние на совершенствование ресурсосберегающих технологий. Подчеркивается важность ориентации на приверженности к здоровому образу жизни как пациентов, так и самих медицинских работников. Особое внимание уделяется этической проблеме градиента медицинской помощи между

различными слоями населения и связанными с ней трудностями совершенствования ресурсосберегающих технологий. Авторы делают вывод о необходимости детального изучения этических проблем, сопровождающих совершенствование ресурсосберегающих технологий.

Ключевые слова: медицинская этика; медицинская пропаганда, здоровьесберегающие технологии, здоровый образ жизни; социальный градиент здоровья.

Abstract. The article deals with the importance of medical ethics for resource-saving technologies. The existing ethical problems that can have a negative impact on the improvement of resource-saving technologies are listed. The importance of focusing on adherence to healthy lifestyles of both patients and health professionals is emphasized. Particular attention is paid to the ethical problem of the gradient of medical care between different segments of the population and the associated difficulties of improving resource-saving technologies. The authors conclude that it is necessary to study in detail the ethical problems that accompany the improvement of resource-saving technologies.

Keywords: medical ethics; medical propaganda; health-saving technologies, healthy lifestyle, social gradient of health.

Медицинская помощь является сферой производства, распространения, реализации (продажи) услуг, подобно потребительским товарам, при условии понимания их специфики и соблюдения норм и правил медицинской этики и деонтологии. Технологическое перевооружение современной медицины, спровоцировавшее обострение моральных проблем перед врачом, родственниками больных, медицинским персоналом, произошедшее в результате научно-технического прогресса в медицинской деятельности, явилось причиной активного развития медицинской этики.

На лечебно-диагностический процесс оказывает воздействие индустриализация медицины, которая характеризуется развитием и внедрением в медицинскую практику новых биомедицинских технологий и превращением медицинских услуг в товар. В результате влияния индустриализации медицины меняется мировосприятие врачей, у которых появилось стремление как можно быстрее применить на практике новые технологии для получения экономической выгоды. Одновременно происходит деформация моральных оснований медицинской профессии, что грозит утратой или отказом от моральных основ врачевания (Огурцов А.П., 1994; Силуянова И.В., 2000; Лисицын Ю.П., 2013).

Система здравоохранения современного государства - отрасль, потребляющая значительное количество материальных, финансовых и кадровых ресурсов. В последнее время отмечается устойчивая тенденция к увеличению расходов на поддержание работоспособности системы здравоохранения на должном уровне, что свидетельствует о необходимости дальнейшего перераспределения объема медицинской помощи между догоспитальным этапом и ресурсозатратным стационарным звеном, увеличения в общей структуре оказанной медицинской помощи доли превентивных услуг.

Любая, даже самая теоретически правильная и корректная модель качества оценки медицинской помощи будет функционировать оптимально только при реальной, а не гипотетической заинтересованности в этом всех субъектов системы здравоохранения. При этом в условиях государственного здравоохранения отмечается кардинальное единство интересов пациентов и медицинских работников, заинтересованных, прежде всего, в положительном исходе медицинского вмешательства, излечении болезней и укрепления здоровья. Так как в настоящее время учеными предлагается достаточно много критериев справедливости, принцип справедливости, как другие принципы медицинской этики, не имеет абсолютной силы. Для врача (фельдшера, акушерки, медицинской сестры) главным критерием справедливости по отношению к больному являются состояние пациента и его потребность в медицинской помощи (Филатов В.Б., 2000; Саперов В.Н., 2012; Щепин О.П. с соавт., 2012; Хабриев Р.У., Линденбратен А.Л., Комаров Ю.М., 2014).

Исследователями установлено, что наиболее часто в здравоохранении встречаются конфликты между медицинскими организациями и пациентами, которые связаны с нарушением прав граждан в сфере медицинского обеспечения, оказанием медицинской помощи ненадлежащего качества и причинением вреда в процессе ее оказания. В большинстве случаев конфликтная ситуация между участниками процесса оказания медицинской помощи возникает вследствие взаимной грубости, некачественного лечения, завышенных требований пациента, самонадеянности врачей, характерологических особенностей пациентов и медицинских работников, недостаточного внимания к больному. Также причиной конфликта может служить отсутствие согласованности в действиях врачей разной специализации, коллегиальности в составлении плана лечения (Шевцова Ю.В., Емелина А.В., Захарова Е.А., 2011; Чернышева М.Л., Чернышев А.В., Горностаева Л.А., 2014; Кузнецова Т.М., Сальникова К.М., 2015).

К снижению риска возникновения конфликтов ведёт улучшение условий труда и жизни людей, а также повышение их материального благополучия и культурного уровня. По данным как отечественных, так и зарубежных организаторов здравоохранения, чем ниже социально-экономическое состояние той или иной социальной группы, тем хуже отношение внутри неё к своему здоровью, меньше мотивация для проведения мероприятий по сохранению здоровья (Ласский И.А., 2014; Жилыева Е.П., Нечаев В.С, 2015; Glorioso V., Pisati M., 2014; Рощина Я.М, 2016).

Кризисные явления в обществе не позволяют добиться устойчивой профилактической ориентации здравоохранения. Отсутствие стабильности и ограничение возможности оплаты медицинской помощи должны ориентировать население на предупреждение заболеваний.

Задолго до появления термина «здоровьесбережение» в Российской Империи возникла медицинская пропаганда, интересовавшая не только врачей и других медицинских работников, но и многих ученых других областей знаний, купцов, промышленников, известных писателей. Интерес к вопросам сохранения здоровья определялся не столько любознательностью, сколько практической потребностью: недостаточное количество врачей заставляло людей, не имеющих медицинского образования, оказывать помощь при болезнях, повреждениях, отравлениях.

Формирование здорового образа жизни (ЗОЖ) всего населения Российской Федерации и его отдельных групп является актуальной задачей, стоящей перед отечественным здравоохранением. Мотивация к ЗОЖ - это совокупность внешних и внутренних мотивов, побуждающих к деятельности по сохранению здоровья, и условий, способствующих реализации здоровьесберегающего поведения. Одним из факторов, повышающих качество медицинской помощи, является следование пациента основным требованиям ЗОЖ. Забота о сохранении и укреплении здоровья должна стать ценностным мотивом, формирующим, контролирующим и регулирующим образ жизни человека. Структура мотивации к ЗОЖ меняется в зависимости от возраста, состояния здоровья, социального статуса и других факторов. Показано, что традиционные медицинские технологии, не в полной мере ориентированные на первичную и вторичную профилактику, неспособны обеспечить достижение максимально возможного уровня здоровья (Баламутова Н.М с соавт., 2005; Ефремов Д.В., 2010; Евстифеева Е.А. , 2011; Югова Е.А., 2011; Щепин О.П., Линденбратен А.Л., Стародубов В.И., Галанова Г.И., 2012; Стольникова И.И. с соавт., 2013; Щепин О.П., 2015, Валитов И.О., 2016).

Вопросы медицинской этики в контексте здоровьесберегающих технологий ранее не привлекали внимание организаторов здравоохранения (Тарасова О.В., 2006; Дорохов Е.В., Жоголева О.А., 2008).

Деятельность медицинских работников связана с обязательной пропагандой ЗОЖ прикрепленному на медицинское обслуживание контингенту, и от настроенности и приверженности врачей (фельдшеров, акушеров, медицинских сестер) к жесткому контролю собственных факторов риска зависит формирование их мотивации к коррекции факторов риска у пациентов. При этом около половины медицинских работников (в сельской местности – 70%) сами оценивают свой образ жизни как нездоровый, что вызывает у нас сомнения как в эффективности мероприятий по медицинской пропаганде, так и в эффективности усовершенствования существующей системы санитарно-гигиенического просвещения без проведения первоочередных мероприятий по приверженности к ЗОЖ самих медицинских работников (Синельникова М.В., 2010; Дьяченко В.Г., Костакова Т.А, Пчелина И.В., 2012).

Тем самым, активное внедрение в повседневную практику здравоохранения здоровьесберегающих технологий должно учитывать этические аспекты взаимоотношений между врачом и пациентом в процессе предоставления (получения) санитарно-гигиенических знаний. Необходимо обратить особое внимание на проблему социального градиента приверженности основным принципам здорового образа жизни, вытекающего из феномена социального градиента здоровья (Щепин О.П., 2006; Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2012).

Кроме этого, наблюдающееся ухудшение состояния здоровья детей и подростков связано в значительной степени с низкой валеологической культурой населения; исследователями также обращается внимание на градиент качества оказания медицинской помощи между городскими жителями и лицами, проживающими в сельской местности (Ларионов Ю.К., 2007; Макарова Л.П., Буйнов Л.Г., Плахов Н.Н., 2017). Уместно заострить внимание на запуске своеобразного «порочный круга»: низкая медицинская активность подрастающего поколения – высокий уровень заболеваемости (в том числе репродуктивной сферы) - низкий уровень здоровья, детей - низкий уровень медицинской активности подрастающего поколения; причём «передача нездоровья» из поколения в поколения от родителей к детям скорее произойдёт в сельской местности, чем в городских условиях. Таким образом, здоровьесберегающие технологии для

детского и взрослого населения не должны вступать в конкурентную борьбу между собой за имеющиеся ресурсы здравоохранения.

Успешная реализация здоровьесберегающих технологий на любом иерархическом уровне организации медицинской помощи представляется дискуссионной без решения такой этической проблемы, как фактическая незаинтересованность частного здравоохранения в достижении максимально возможного уровня здоровья населением, следствием чего является откровенная дегуманизация медицины (Филатов В.Б., 2000; Айламазян Э.К., Цвелёв Ю.В., 2005).

Резюмируя сказанное, можно отметить актуальность углублённого изучения этических проблем, связанных с совершенствованием здоровьесберегающих технологий.

Литература

1. Айламазян Э.К., Цвелёв Ю.В. Права пациента, медицинская этика и юридическая ответственность акушеров-гинекологов (итоги дискуссии) // Ж. акуш. и жен. болезн. 2005. Т. LIV. Вып. 4. С.93-99.

2. Баламутова Н.М с соавт. Исследования мотивации и эффективности оздоровительной тренировки для женщин, занимающихся в физкультурно-оздоровительных группах по плаванию. Физическое воспитание студентов творческих специальностей //2005; 1: 79—85.

3. Валитов И.О. Формирование этической и медицинской активности как предпосылок самоопределения здоровья и здорового образа жизни людей // Вестник Башкирского университета. 2016. № 3. С. 803-808.

4. Дорохов Е.В., Жоголева О.А. Современные здоровьесберегающие технологии // Здоровье и образование в XXI веке. 2008. Т. 10, № 3.С. 504-505.

5. Дьяченко В.Г., Костакова Т.А, Пчелина И.В. Врачебные кадры Дальнего Востока. Виток кризиса: моногр. Хабаровск: ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2012. С. 282–320.

6. Жилыева Е.П., Нечаев В.С. Некоторые тенденции современной медицинской этики // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. № 2. С.43-46.

7. Евстифеева Е.А. Перспективные направления исследований в психологии здоровья и жизнедеятельности //Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. Тверь. 2011. Вып. № 1 (56).С. 17-28

8. Ефремов Д.В. Научное обоснование совершенствования работы врача по формированию здорового образа жизни у пациентов. - Автореф. дисс. ... к.м.н. - М., 2010. - 24 стр.
9. Кузнецова Т.М., Сальникова К.М. Конфликты в сфере здравоохранения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2015. Т. 5. вып. 5. С. 578.
10. Ларионов Ю.К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствование организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации. – Автореф. дисс. ... д.м.н. – М., 2007. – 48 с.
11. Ласский И.А. Социальная ориентированность администрации на сохранение здоровья медицинских работников // Современное общество: идеи, проблемы, инновации. 2014. Т.2. № 3. С35-37.
12. Лисицын Ю.П. Здравоохранение и медицинская наука: вызовы современности и пути преодоления // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С.3-4.
13. Макарова Л.П., Буйнов Л.Г., Плахов Н.Н. Гигиенические основы формирования культуры здорового образа жизни школьников. Гигиена и санитария. 2017; 96 (5): 463-466.
14. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения // М.: Персэ, 2012. – 224 стр.
15. Огурцов А.П. Этика жизни или биоэтика: аксиологические альтернативы // Вопросы философии. 1994. № 3.
16. Рощина Я.М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство // Экономическая социология. 2016: 17(3); 13-36.
17. Саперов В.Н. Биоэтика или медицинская (врачебная) этика? Основные принципы медицинской этики // Клиническая медицина. 2012. № 8. С.69-72
18. Силуянова И.В. Нравственная культура врача как основание медицинского профессионализма // «Экономика здравоохранения». 2000. № 1(42). С. 5-8.
19. Синельникова М.В. Современные аспекты санитарного просвещения в условиях сельского района. – автореф. дисс. ... к.м.н. – М., 2010. – 24 С.
20. Стольникова И.И., Евстифеева Е.А., Борисова Е.В., Филиппченкова С.И., Ботвинева Ю.А. Риски репродуктивного здоровья женщины: проектный подход и здоровьесберегающие технологии // Медицинский альманах. 2013. № 6 (30). С. 30-32.

21.Тарасова О.В. Теоретические основы превентивных здоровьесберегающих технологий в школьной медицине // Экология человека. 2006. № 11.С. 25-28.

22.Толстов С.Н. Развитие творческой готовности организатора здравоохранения к профессиональной деятельности: дис. ... д.пед.н.: Шуя. - 2004. – 527 С.

23.Филатов В.Б. Концептуальное планирование здравоохранения: теория и практика/ под ред. О.П. Щепина. М. 2000.193 С.

24.Хабриев Р.У., Линденбрaten А.Л., Комаров Ю.М. Стратегии охраны здоровья населения как основы социальной политики государства // Проблемы социальной гигиены, организации здравоохранения и истории медицины. 2014. № 3. С. 3-5.

25.Шевцова Ю.В., Емелина А.В., Захарова Е.А. К вопросу о конфликтах между врачами и пациентами и психологической готовности врачей к работе // Медицинский альманах. 2011. № 5. С. 36-39.

26.Щепин О.П. Влияние здравоохранения на состояние здоровья населения // Бюллетень ННИИОЗ. 2006. вып. 4. С. 11-19.

27.Щепин О.П. Роль диспансеризации в снижении заболеваемости населения. - Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (1): 3—7.

28.Щепин О.П., Линденбрaten А.Л., Стародубов В.И., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи // М., «Медицина». 2002. 176 С.

29.Чернышева М.Л., Чернышев А.В., Горностаева Л.А. Управление конфликтами в медицине: формирование специфических компетенций в процессе подготовки организаторов здравоохранения // Социально-экономические явления и процессы. 2014. Т. 9. № 12. С. 348-352.

30.Югова Е.А. К вопросу об истории развития здоровьесбережения в России // Вестник Тюменского государственного университета. Социально-экономические и правовые исследования. 2011. № 9. С. 167-172.
