Биоэтика.
Основные этические теории и принципы биоэтики

БГМУ Кафедра педагогики и психологи 2018 г.

Лектор

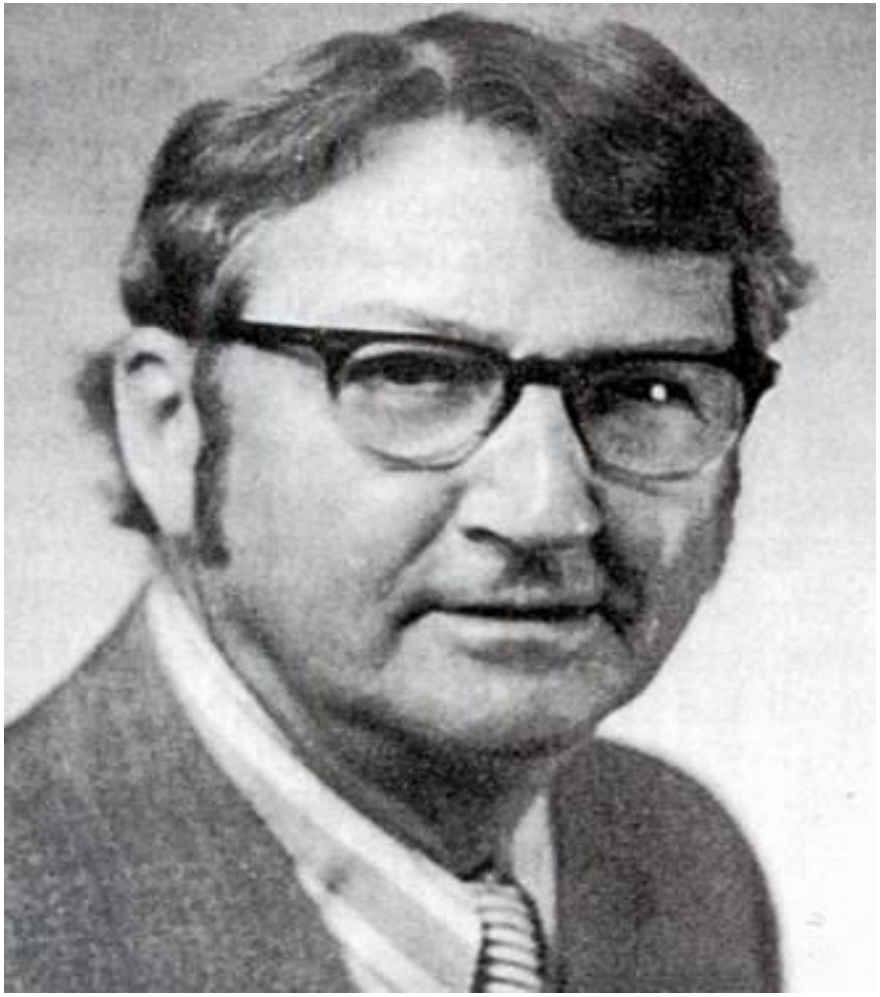
Липатова Елена Ефратовна

Тема лекции

- ***Биоэтика в современном здравоохранении***
- ***Система «специалист – пациент»***

Основатель биоэтики - американский биолог-биохимик и ученый-гуманист Ван Рансселер Поттер (1911-2001)
В.Р. Поттер вводит в научный обиход термин "биоэтика" и определяет ее основные направления

- Идея В.Р. Поттера
- 1. Не все то, что возможно технически, правильно с моральной точки зрения.
- 2. Необходимо контролировать вмешательства в природу и окружающую среду, включая животный мир и человека.



Биоэтика – междисциплинарная область знаний, охватывающая широкий круг философских и этических проблем, возникающих в связи с бурным развитием медицинских, биологических наук и использованием в здравоохранении высоких технологий (Тищенко П.Д. 2001)

По В.Р. Поттеру:

Биоэтика – это мост между естественными и гуманитарными науками, а конкретнее между биологией и этикой.

Биоэтика - новая наука о выживании человечества как вида и одновременно система этических норм для нормальной устойчивой цивилизации будущего.

Генеральный директор Организации ООН по образованию, науке и культуре (ЮНЕСКО) Коитиро Мацуура

- Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека (2005 г.)
- «Закрепляя биоэтику в международных нормах в области права человека и обеспечивая уважение человеческой жизни, Декларация тем самым признает взаимосвязь между этикой и правами человека в сфере биоэтики.»

Всеобщая декларация о биоэтике и правах человека

ЮНЕСКО определяет 15 принципов биоэтики:

1. **Человеческое достоинство и права человека**
2. Благо и вред
3. Автономия и индивидуальная ответственность
4. **Согласие**
5. **Лица, не обладающие правоспособностью давать согласие**
6. Признание уязвимости человека и уважение целостности личности
7. **Неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность**
8. Равенство, справедливость и равноправие
9. Недопущение дискриминации и стигматизации
10. Уважение культурного разнообразия и плюрализма
11. Солидарность и сотрудничество
12. Социальная ответственность и здоровье
13. Совместное использование благ
14. Защита будущих поколений
15. Защита окружающей среды, биосферы и биоразнообразия

Биоэтика
Принципы БИОЭТИКИ

- Принцип уважения человеческого достоинства
- Принцип «твори добро и не причиняй зла!»,
- Принцип признания автономии личности
- Принцип справедливости

ПРАВИЛА БИОЭТИКИ

- ***правило правдивости,***
- ***правило уважения неприкосновенности частной жизни,***
- ***правило конфиденциальности,***
- ***правило информированного согласия.***

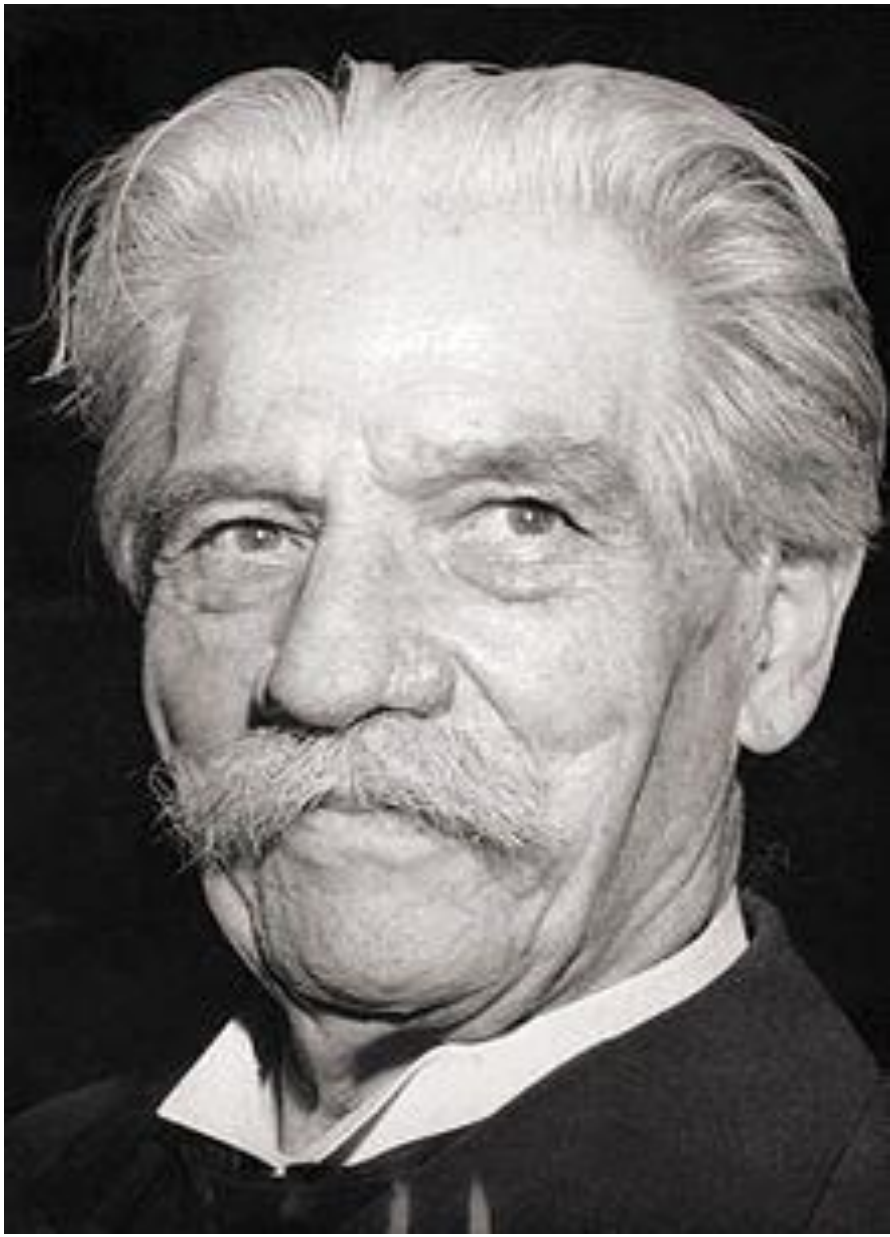
Законы биоэтики

- **Законы биоэтики – это объективные, необходимые, общие, существенные отношения, которые в ситуациях морального выбора, связанных с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, представляющим для них возможную или действительную опасность, определяют изменение и развитие сознания и воли разумного и нравственного человека в направлении высшего блага – жизни.**

Законы биоэтики

- ***Первый закон биоэтики. Закон благоговения перед жизнью*.**
- В ситуации морального выбора, связанной с вмешательством личности в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, разумному и нравственному человеку присуще благоговение перед жизнью.

Альберт Швейцер (Schweitzer, Albert) (1875 - 1965)



В 1953 году Швейцер стал лауреатом Нобелевской премии мира, а на полученные средства построил рядом с Ламбарене деревушку для прокаженных.

«Этика благоговения перед жизнью» разработана и подтверждена практической деятельностью Альберта Швейцера.

Основные идеи:

кризис современной культуры грозит гибелью цивилизации, средство возможного преодоления духовного кризиса — новая общечеловеческая этика («душа культуры»);

новая этика (универсальная, оптимистическая, гуманистическая, практически-действенная) должна базироваться на принципе благоговения перед жизнью, который выступает в качестве критерия различения добра и зла (все, что сохраняет, одухотворяет, возвышает жизнь, есть добро; все, что наносит ей ущерб — зло);

значимость нравственного самосовершенствования (на основе понимания ценности «благоговения перед жизнью» и веры в его конструктивные возможности), которое следует подтверждать «личным действием» (имеющим «чистую» мотивацию и осуществляемым «чистыми» средствами).

В начале XXI века стало очевидным, что существование цивилизации невозможно без пересмотра взглядов на взаимоотношение человека и природы.

Согласно этике благоговения, главной ценностью является жизнь во всех ее проявлениях, и если человек способствует сохранению и процветанию жизни, он поступает естественно и правдиво - творит добро, если уничтожает любую жизнь и препятствует ей — совершает зло. Уничтожение без нужды, походя, любого придорожного цветка есть зло; спасение раненого животного вне зависимости от его пользы — добро.

Швейцер говорит о сострадании и сочувствии ко всем живым существам, независимо от их положения и иерархии в природе, как о норме сосуществования в мире. Благоговение перед Жизнью требует сочувствия, любви в самом высоком смысле, т.е. любви как служения всем творениям, независимо от их близости к человеческой природе.

Законы биоэтики

- ***Второй закон биоэтики. Закон разумного и нравственного обоснования*.**
- Любое вмешательство в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, требует разумного и нравственного обоснования.
- ***Третий закон биоэтики. Закон оснований морального выбора***.
- Основаниями морального выбора цели и средств любого вмешательства в процессы жизнедеятельности, которое представляет для них возможную или действительную опасность, служат разум и добрая воля, направленные на высшее благо, которым является жизнь.

ПРАВИЛА БИОЭТИКИ

- ***правило правдивости,***
- ***правило уважения неприкосновенности частной жизни,***
- ***правило конфиденциальности,***
- ***правило информированного согласия.***

Коммуникативная компетентность врача

- **Коммуникативная компетентность врача** - профессионально значимое качество.
- Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с больными, их родственниками, медицинским персоналом - от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном.
- Умение общаться, или ***коммуникативная компетентность***, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры. При отсутствии психологического контакта пациент, возможно, не станет придерживаться врачебных рекомендаций и назначений, проконсультируется у других врачей или просто у своих знакомых, займется самолечением, обратится к представителям альтернативной медицины.

Коммуникативная компетентность врача

- Психологическая сторона отношений «врач-больной» важна и в условиях платной медицины, когда пациент выступает в роли «заказчика» и оплачивает услуги. В этом случае он ориентируется не только на «профессионализм», но и на чисто человеческие, личностные качества врача: насколько он внушает доверие и уважение, внимателен и отзывчив, располагает к себе, вызывает желание общаться. **Возможно даже, что в отдельных случаях психологические качества врача для больного более важны, чем профессиональные знания, умения, навыки.**
- В работе Георгиевского и Боброва приведены представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества:
- уважительность,
- внимание к пациентам,
- любовь к профессии,
- доброта,
- вежливость,
- душевность, то есть преобладали коммуникативно значимые черты. Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оценивались пациентами особенно высоко.

Коммуникативная компетентность врача

- Ташлыков при экспериментально-психологическом исследовании получил сходные данные. Он представил «эталон» врача больных неврозами (F40-F48). С наибольшей частотой они указывали на следующие 10 наиболее существенных, по их мнению, качеств врача: ум - 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность - 57, увлеченность работой - 52, чуткость - 49, тактичность - 49, терпеливость - 49, чувство долга - 45, спокойствие - 40, серьезность - 38, чувство юмора - 38. Эталон врача изменялся в зависимости от клинической формы невроза, пола и возраста больных.
- Больные истерией (F44) предпочитали эмоциональный, «сопереживающий» тип врача, и подчеркивали важность для них таких личностных характеристик врача как чуткость, доброта, терпеливость;
- Больные неврастенией (F48.0) предпочитали «нейтральный», рабочий тип общения (внимательность, тактичность, серьезность, чувство долга).

Коммуникативная компетентность

- Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков:
- умения устанавливать контакт,
- слушать,
- «читать» невербальный язык коммуникации,
- строить беседу,
- формулировать вопросы.
- Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом.
- Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач.

типы психологических барьеров

- **Коммуникативный эгоцентризм** - барьер, обусловленный повышенным вниманием специалиста к себе. Причиной этому является неуверенность в себе, ощущение собственной некомпетентности, что приводит к повышенному самоконтролю. Повышенный самоконтроль приводит к фиксации внимания на своем "дефекте", что еще больше усиливает неуверенность в себе и повышает уровень тревоги. Образуется "порочный круг", который может привести к полной дезорганизации процесса общения.
- Способ устранения этого - устранение фиксации на себе, в результате процесс общения будет более функциональным. Предлагается три механизма его преодоления: во-первых, специалист должен выработать у себя заинтересованность к информации, сообщаемой ему пациентом, понять внутренний мир его переживаний и т. п.; во-вторых, использовать механизм "вживания" в состояние пациента, понять его на уровне эмоциональных переживаний; и, в-третьих, аналитическая оценка пациента, т. е. особенности его поведения, внешнего вида, высказываний, мышления, лексикона и др.;

типы психологических барьеров

- **Риторический барьер** - заключается в неправильном, неграмотном построении своей речи, в бедном лексическом запасе или неумелом его использовании и т. д.
- Барьер обусловлен разными причинами: недостаточным образованием (словарный запас), недостаточными риторическими навыками и т. д. Человек, общающийся нефункционально, сам этого не замечает, т. к. ему самому понятно, что он хочет сказать, и это порождает иллюзорное представление, что окружающие его понимают. Преодолеть этот барьер можно постоянно совершенствуя риторические навыки;

типы психологических барьеров

- **Экстралингвистический барьер** - заключается в несовпадении смысла произносимого тому, с какой интонацией это произносится по отношению к собеседнику, какая уверенность звучит в голосе специалиста при тех или иных рекомендациях и назначениях, т. е. все то, что сопровождает речь, но собственно речью не является;

типы психологических барьеров

- **Социально-ролевой барьер** - заключается в жестком, фиксированном ролевом взаимодействии общающихся сторон, что исключает индивидуальный подход к беседе, т. е. общение происходит "как положено". В таких случаях складывается авторитарный стиль общения, при котором наблюдается недостаточная общительность, отгороженность, преобладание высказываний-приказов, преимущественное применение отрицательных оценок, отсутствие тактичности;

типы психологических барьеров

- **Барьер доверия** (фильтр «доверие – недоверие»).
- Существование "фильтра" со стороны специалиста в общении, как правило, обусловлено предвзятым его отношением к пациенту («инкурабельный" пациент или "ипохондрика"), установочным отношением к данному пациенту или к пациентам вообще, склонностью доверять одним жалобам и не доверять другим и т. п.
- Существование "фильтра" со стороны пациента в общении со специалистом, как правило, обусловлено набором каких-то знаний о своей болезни, ее прогнозов, методов лечения, сквозь призму которых он оценивает все предлагаемые ему назначения и рекомендации. Для преодоления этого барьера необходимо уделять внимание первой встрече и первой беседе с пациентом, дать возможность ему высказать свои претензии и неудовольствие, если таковые имеются, и, наконец, вызвать доверие к себе, к выбранному методу лечения, что в дальнейшем следует обязательно поддерживать.

типы психологических барьеров

- **Оценочно-перцептивный барьер** - заключается в том, что каждый человек в процессе общения либо подстраивается под вашу оценку, если этот образ для него выгоден, либо наоборот, включает негативные механизмы поведения, если это для него невыгодно. Так, пожилые пациенты могут поддерживать роль "старого", "больного" и "немощного", что приводит к гиперболизации жалоб. Излишнее попечение приводит к стремлению пациента оставаться в роли "больного" и усиливает ипохондрические тенденции. В другом варианте, стремясь избавиться от роли "больного" и "ситуации болезни", пациент может игнорировать назначения и рекомендации специалиста, скрывает свои жалобы и ощущения, что оказывает отрицательное воздействие на взаимоотношения и процесс лечения в целом.

типы психологических барьеров

- **Семантический барьер** - несовпадение индивидуализированного набора понятий, что приводит к непониманию друг друга.
- Чем дальше люди друг от друга по социальному положению, образованию, профессиональной принадлежности, а тем более по возрасту, тем меньше пересекаются их интересы и понятия, тем меньше взаимопонимания. Необходимо общаться на «языке» пациента.

монологичное и диалогичное взаимодействие

- Модели взаимоотношений можно классифицировать также по типу взаимоотношений между врачом и пациентом: монологичному или диалогичному взаимодействию.
- Монологичной моделью считают такую модель, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог специалиста с невежественным слушателем**.**
- Диалогичной моделью считается такая модель, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему.
- Коллегиальная модель приближается к диалогичной.
- **Коллегиальную модель рассматривают через призму солидарной ответственности за здоровье пациентов нескольких врачей.**

Система «специалист – пациент».

- 1. Оптимистическая (рациональный оптимизм, иррациональный оптимизм).
- 2. Реалистическая (оптимальное сочетание оптимизма и пессимизма)
- 3. Пессимистическая (рациональный пессимизм, иррациональный пессимизм).

Рациональный оптимизм врача (РОВ)

- Рациональный оптимизм врача (РОВ) основан на глубоких знаниях о закономерностях течения конкретного патологического процесса, о больших возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного заболевания, на объективно благоприятном прогнозе течения заболевания у пациента, на адекватной самооценке врача, на уверенности в правильности своих действий, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный оптимизм врача (ИОВ)

- Иррациональный оптимизм врача (ИОВ) проявляется в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная возможности современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, предвидя объективно неблагоприятный исход заболевания, демонстрирует пациенту полную уверенность в своих профессиональных способностях и убеждает его в благоприятном исходе заболевания, проявляя при этом завышенную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный пессимизм врача (РПВ)

- Рациональный пессимизм врача (РПВ) основан на глубоких знаниях о закономерностях течения конкретного патологического процесса, об ограниченных возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного заболевания, на объективно неблагоприятном прогнозе течения заболевания у пациента, на адекватной самооценке врача, на уверенности в правильности своих действий, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный пессимизм врача (ИПВ)

- Иррациональный пессимизм врача (ИПВ) проявляется в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная возможности современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, предвидя объективно неблагоприятный исход заболевания, демонстрирует пациенту полную неуверенность в своих профессиональных способностях и убеждает его в неблагоприятном исходе заболевания, проявляя при этом заниженную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный оптимизм пациента (РОП)

- Рациональный оптимизм пациента (РОП) основан на обыденных (бытовых) знаниях о течении конкретного патологического процесса, о больших достижениях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного у него заболевания, на объективно удовлетворительном состоянии, на уверенности в правильности действий врача, на адекватной самооценке, на высокой степени самоконтроля за состоянием своего организма и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный оптимизм пациента (ИОП)

- Иррациональный оптимизм пациента (ИОП) проявляется в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная возможности современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, отмечая объективно ухудшение состояния, демонстрирует полную уверенность в своих силах и в благоприятном исходе заболевания, проявляя при этом завышенную самооценку, низкую степень самоконтроля за состоянием своего организма и безответственность за свой моральный выбор.

Рациональный пессимизм пациента (РПП)

- Рациональный пессимизм пациента (РПП) основан на обыденных (бытовых) знаниях о течении конкретного патологического процесса, об ограниченных возможностях современной медицинской науки и практики в области лечения диагностированного заболевания, на объективном ухудшении состояния, на адекватной самооценке, на неуверенности в правильности действий врача, на высокой степени самоконтроля и на личной ответственности за свой моральный выбор.

Иррациональный пессимизм пациента (ИПП)

- Иррациональный пессимизм пациента (ИПП) проявляется в тех случаях, когда он, не обладая знаниями о закономерностях течения конкретного патологического процесса, не зная возможности современной медицинской науки и практики в области лечения определенного заболевания, отмечая объективно улучшение состояния, демонстрирует полную неуверенность в действиях врача, проявляя при этом заниженную самооценку, низкую степень самоконтроля и безответственность за свой моральный выбор.

Врач-пациент

- Очевидно, что самым лучшим сочетанием стратегий будет такое, при котором **рациональному реализм врача соответствует рациональный реализм пациента**, а самым худшим – ИПВ/ИПП. Очевидно, что в подавляющем большинстве случаев оправданным моральным выбором врача должна являться стратегия рационального оптимизма, вселяющая надежду на благоприятный прогноз заболевания. И лишь при объективно неблагоприятном исходе заболевания, и при отсутствии каких-либо возможностей его предотвращения можно считать морально оправданным рациональный пессимизм врача, который проявляет при этом по отношению к пациенту милосердие, сочувствие и сострадание.

Модель взаимоотношений работников здравоохранения и пациентов

- Американский философ Р. Витч выделил четыре основные модели: **инженерную**, **пасторскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную (договорную)**. По своему моральному значению эти модели представляют собой иерархию возрастания этических ценностей от наименее морально обоснованной – инженерной к наиболее обоснованной – контрактной.
- ***Инженерная модель -*** технологическая модель, модель автомеханика, характеризуется отношением врача к пациенту как безличностному организму, в котором возник очаг патологии.
- Показателями служат объективные параметры биохимии, физиологии, клинических исследований.

Пасторская (патерналистская) модель

- Отношения между врачом и пациентом напоминают отеческое отношение родителя к ребенку или пастора (священника) к прихожанину (pater, лат. – отец).
- По сравнению с предыдущей моделью, в этой отмечается существенный этический элемент. Патерналистское отношение мотивировано стремлением помочь слабому, подопечному человеку. Оно основывается на добродетельных качествах покровительствующей личности: благотворительности, милосердии, справедливости.

Пасторская (патерналистская) модель

- Патернализм (преобладание покровительства) гораздо более древний тип отношений, чем инженерная модель, т.к. господствовал в медицине несколько тысячелетий, еще до клятвы Гиппократа. Патернализм ущемляет права пациента как автономной личности, самостоятельно принимающей решение.
- Патернализм может быть вполне адекватной формой отношения врачей к больным детям (детская нейрохирургия) и к взрослым пациентам с ограниченной дееспособностью. Патернализм возможен по отношению к конкретному пациенту, в должном месте, в должное время, и в должной степени.

Коллегиальная модель

- Пациент должен получить достаточное количество правдивой информации о своем состоянии здоровья, вариантах лечения, прогнозе развития заболевания. После этого пациент оказывается в состоянии принимать участие в выработке конкретных решений **и выступать в роли коллеги лечащего врача.**
- **Однако совпадение уровней знаний медика и больного редко имеет место (только если больной сам врач).**

Коллегиальная модель

- Отношения между врачом и пациентом могут приближаться к коллегиальности.
- 1) Хронические заболевания. Некоторые из них возникают в детстве, неизлечимы и смертельно опасны, если их не контролировать известными средствами, например, инсулином при диабете. Причем, такие больные нуждаются в самопомощи. Знания они получают, прежде всего, от медиков.
- 2) Специальные школы (например, школы больных диабетом), где этих больных готовят к правильному поведению при обострении болезни типа диабетической комы. Самое правильное отношение к этому больному будет напоминать форму диалога с профессионалом, где совместно вырабатывается адекватное решение.

Контрактная модель

- Под ***контрактной моделью*** взаимоотношений между медиками и пациентами подразумевают, в первую очередь, отношения, построенные на взаимном уважении и доверии, и лишь во вторую очередь, имеется в виду формальная сторона отношений, а именно – договор с пациентом, контракт, соглашение, в котором определяются рамки взаимоотношения пациента и врача.

Контрактная модель

- При данной модели большим успехом у пациентов пользуются врачи, сочетающие высокий профессионализм и личностные качества, развитые на основе ценностных ориентаций врача, соблюдения им принципов и норм биоэтики. Эта модель аналогична тому, как в современном обществе на договорной основе строятся отношения с выборной властью, заключаются трудовые отношения, оформляются семейные и многие другие юридические документы.

Контрактная модель

- По мнению Р. Витча, именно эта модель в наибольшей степени защищает моральные ценности автономной личности.
- Для реализации контрактных отношений существенно важны моральные принципы свободы, сохранения достоинства, правдивости, справедливости.
- Контрактная модель позволяет избежать ущемлений свободы, характерных для инженерной и патерналистской модели, с одной стороны, а с другой, она не создает иллюзии соучастия пациента в качестве коллеги врача.
- Пациент добровольно устанавливает отношения с врачом на тех условиях, которые считает для себя выгодными и приемлемыми. Если условия не соблюдаются, то пациент вправе считать для себя договор недействительным, лишить врача тех полномочий, которыми он его наделил.

Модели взаимоотношения врач-пациент (по Р. Витчу)

Инженерная

- *Принципы (технократические)*

  Отношение, как к безличному механизму

- *Задачи*

  Исправление отклонений физиологического механизма

- *Методы диагностики*

  Физиологические параметры, биохимические, рентгенологические

Противоречит принципу уважения автономии пациента. Пациент не участвует в обсуждении

Пастырская

- *Принципы*

Межличностные отношения отец-ребенок, наставник-подопечный.

Любовь, милосердие, забота, справедливость. (отражено в клятве Гиппократа)

Патернализм нравственно оправдан в должном месте и в должной мере (педиатрия, психиатрия).

Взаимоотношения могут перерасти в отношения типа «начальник-подчиненный»

Коллегиальная

- *Принципы*

Равноправие

Врач сообщает правдивую информацию (диагноз, методы лечения, осложнения и т.д.) Пациент участвует в обсуждении. Реализуется право свободного выбора.

На процесс лечения негативно могут влиять некомпетентность или особенности психики пациента

Контрактная

- *Принципы*

Идея общественного договора

Каждая сторона несет свои обязательства и каждая достигает своей выгоды.

Заключается договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением или через страховую компанию. Защищает моральные ценности личности.

Незначительное место в структуре оказания медицинской помощи населению

монологичное и диалогичное взаимодействие

- Модели взаимоотношений можно классифицировать также по типу взаимоотношений между врачом и пациентом: монологичному или диалогичному взаимодействию.
- Монологичной моделью считают такую модель, в которой общение между врачом и пациентом выстраивается как монолог специалиста с невежественным слушателем**.**
- Диалогичной моделью считается такая модель, при которой взаимодействие врача и пациента разворачивается как диалог равноправных партнеров, обсуждающих общую проблему.
- Коллегиальная модель приближается к диалогичной.
- **Коллегиальную модель рассматривают через призму солидарной ответственности за здоровье пациентов нескольких врачей.**

Модели взаимоотношения врач-пациент (в биографическом плане заболевания)

Больные в остром периоде заболевания	Больные хроническим заболеванием	Инвалиды	Умирающие
Заболевание может быть временным с возвращением к прежнему образу жизни. Больные могут быть пассивными участниками взаимоотношений врач-пациент	Больные могут быть «активными» пациентами. Их образ жизни заставляет быть компетентными, создавать группы взаимодействия (сахарный диабет, атеросклероз и т.п.)	Могут быть компетентны или некомпетентны. Задача - помочь приспособиться к изменившимся условиям жизни (инвалидности)	Обеспечить паллиативное лечение: обезболивание, уход, психологическую поддержку (хоспис)

Общение между медицинским работником и пациентом

- Выделяют следующие виды общения (С. И. Самыгин, Л. Д. Столяренко):
- 1.«Контакт масок» — формальное общение, когда отсутствует стремление понять и учитывать особенности личности собеседника, используются привычные маски

«Контакт масок»

- (вежливости, учтивости, скромности, участливости и др.) — набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику.

«Контакт масок»

- В рамках диагностического и лечебного взаимодействия данный вид общения проявляется в случаях малой заинтересованности медицинского работника или пациента в результатах взаимодействия.

Общение между медицинским работником и пациентом

- Примитивное общение, когда оценивают другого человека, как нужный или мешающий объект, если нужен — то активно вступают в контакт, если мешает — «отталкивают».

«Примитивное общение»

- Подобный вид общения может встречаться в рамках манипулятивного общения медицинского работника и пациента в случаях, когда целью обращения становится получение каких-либо дивидендов

«Примитивное общение»

- (больничного листа, справки, формального экспертного заключения и пр.). Формирование примитивного вида общения может происходить и по желанию медицинского работника — в случаях, когда пациент оказывается человеком, от которого может зависеть его благополучие. Интерес к участнику контакта в подобных случаях пропадает, вслед за получением желаемого результата.

Общение между медицинским работником и пациентом

- Формально-ролевое общение, когда регламентированными оказываются и содержание, и средства общения.
- Подобный выбор вида общения со стороны (медицинского работника) врача может быть обусловлен профессиональной перегрузкой

Общение между медицинским работником и пациентом

- Деловое общение — это общение, учитывающее особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.

Общение между медицинским работником и пациентом

- Духовное межличностное общение редко встречается в системе (медицинский работник) врач - больной. Оно подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой интимной проблемой каждому из участников общения.

Общение между медицинским работником и пациентом

- Диагностическое и лечебное взаимодействие не подразумевает столь интимного контакта, по крайней мере, не предусматривает в силу профессиональной направленности исповедание медицинского работника.

Общение между медицинским работником и пациентом

- **Манипулятивное общение направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов. В медицине известен способ, названный «ипохондритизацией пациента».**

Общение между медицинским работником и пациентом

- (заключение медицинского работника о состоянии здоровья пациента в русле явного преувеличения тяжести обнаруженных расстройств). Целью такой манипуляции может быть:

Общение между медицинским работником и пациентом

- а) снижение ожиданий больного успеха лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента,
- б) демонстрация необходимости дополнительным квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения.

«Столкновение» с диагнозом

- Процесс переживания принятия диагноза или заключения о болезни имеет несколько этапов, имеющих разную эмоциональную и когнитивную составляющую.
- Каждый из этапов диктует индивидуальную организацию взаимодействия с пациентом (контакт в системе «врач-пациент»).

- Большинство пациентов проходит через пять основных стадий психологической реакции (Е. Кюблер-Росс):
- Отрицание или шок
- Гнев
- Торг
- Депрессия
- Принятие

- 1. Фаза отрицания заболевания.
- Человек не верит, что у него именно этот диагноз (потенциально смертельная болезнь).
- Вариант А (Благоприятная реакция)
- Больной начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках.

- 1. Фаза отрицания заболевания.
- Человек не верит
- Вариант Б (Не благоприятная реакция). Больной может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

- Действия врача
- 1. Принятие (пациент проходит первую стадию и ему нужно время для принятия и осмысления информации)
- 2. Эмоциональная поддержка пациента.
- 3. Проведение с больным информированного согласия с обязательным рассмотрением вариантов отказа от лечения и его последствий

- 2. Фаза протеста или дисфорическая фаза.
- Характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, гневом, непониманием причин болезни: «Почему это случилось именно со мной?» «Как это могло произойти?».
- Агрессия может быть направлена на врачей, общество, родственников и т.д.

- В этом случае необходимо дать больному выговориться, высказать все свои обиды, негодование, страхи, переживания и представить ему позитивно – объективную картину будущего.

- 3. Фаза торга или аутосуггестивная. Для этой стадии характерны попытки «выторговать максимум». В течение этой фазы человек может обращаться к богу, использовать разные способы лечения и поведения.
- Доминирующая модель мышления пациента

  «Если Я это сделаю….. То….»

- Важно предоставить пациенту позитивную информацию.
- Надежда и вера в успех лечения благоприятные факторы.

- 4. Фаза депрессии. На этой стадии пациент понимает всю тяжесть и возможно неизбежность заболевания. Больной может перестать лечиться. Пациент избегает своих привычных друзей, оставляет свои обычные дела, закрывается дома и оплакивает свою судьбу. В этот период у врачей и родственников может возникнуть чувство вины.

- Важно вселить в пациента уверенность, что в этой ситуации он не один, что за его здоровье продолжается борьба, его поддерживают и за него переживают. Можно вести разговоры в сфере духовности, веры, а также психологически поддерживать и родственников пациента.

- 5. Пятая стадия – это наиболее рациональная психологическая реакция (наблюдается не у всех пациентов).
- Больные мобилизуют свои усилия, чтобы несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для себя и близких.
- Умение качественно жить с заболеванием.

- Процесс переживания принятия диагноза или заключения о болезни имеет несколько этапов (стадий).
- Этапы (стадии) не всегда идут в перечисленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или вернуться на предыдущую.

- Знание протекания стадий необходимо для правильного понимания того, что происходит в душе пациента, столкнувшегося с болезнью, и выработки оптимальной стратегии взаимодействия с ним.

Коммуникация

- Коммуникация - передача сообщения, сознательное, адресное влияние на взгляды и ценности собеседника, построенное преимущественно на рациональной основе.

Алгоритм информирования пациента

- **Общение** — специфическая форма **взаимодействия** и **взаимовлияния** субъектов, порождаемая потребностями **совместной деятельности**.
- В процессе общения происходит **взаимовосприятие и взаимный обмен информацией**.

Общение

- Общение охватывает особый класс отношений между субъектами, где обнаруживается **содействие** или **противодействие**, согласие или противоречие, сопереживание или эмоциональная глухота.

Различают общение первого и второго рода

Общение первого рода выступает как коммуникация, как сторона совместной деятельности.

Общение как продолжение себя в других - общение второго рода.

«Эффект ореола»

- На первых этапах общения основная роль отводится различным устойчивым схемам восприятия поступков и чувств другого человека. Прежде всего это относится к **формирование первого впечатления** о партнере и связанных с этим процессом эффектах
- **«Эффект ореола»** проявляется в том, что общее благоприятное впечатление приводит к позитивным оценкам и неизвестных качеств воспринимаемого и, наоборот, общее неблагоприятное впечатление способствует преобладанию негативных оценок. Данный эффект наиболее ярко проявляется в случае если воспринимающий имеет минимальную информацию о воспринимаемом партнере.

«Эффект стереотипизации»

- **«Эффект стереотипизации»** - восприятие, классификация и оценка воспринимаемого партнера путем отнесения его к определенной социальной группе (этнической, профессиональной, возрастной) с присущими ей средними чертами.
- Стереотипизация возникает на основе достаточно ограниченного прошлого опыта, в результате стремления делать выводы на базе ограниченной информации.
- Стереотипизация позволяет упростить и сократить процесс восприятия, хотя и не способствует точности образа. Чем ограниченнее прошлый опыт воспринимающего, чем он негативнее, тем вероятнее стереотипизация приведет к возникновению предубеждения.

Идентификация

- **Идентификация** - такой способ познания другого, при котором предположение о его внутреннем состоянии и возможном поведении строится, на основе попытки поставить себя на его место, т.е. уподобить себя другому.

Экспектация (от англ, expectation — ожидание) — система ожиданий, требований относительно норм исполнения индивидом социальных ролей

- Различают две основные формы экспектации:
- **право ожидать от окружающих поведения, соответствующего их ролевой позиции,**
- **обязанность вести себя соответственно ожиданиям других людей.**
- Различают экспектации:
- **предписывающие** (определяющие должный характер исполнения индивидом роли),
- **предсказывающие** (определяющие вероятностный характер исполнения этой роли с учетом и особенностей субъекта и конкретной ситуа

Мы (ВРАЧ –ПАЦИЕНТ) решаем, ставим, достигаем

Решаем

- **Проблему (постановка диагноза)**
- **Задачу (составления плана лечения)**

Ставим

- **Ближайшую цель (конкретные сроки)**
- **Желаемую цель (приблизительные сроки)**

Достигаем

- **Выполнения плана лечения**
- **Ближайшей цели – положительной динамики (стабилизации процесса)**
- **Проработанного плана желаемой цели (медицинская реабилитация)**

~~Вы не правы~~

- **Прав – хороший, любимый, уважаемый…..**
- **Не прав – глупый, плохой, не любимый…..**
- ***Психологические защиты***
- Пациент «всегда прав».
- Если пациент услышит, что он не прав, он пойдет в ту клинику, где он будет прав. Вместо выражения “Вы не правы” Вы можете сказать, к примеру,
- «Да, *согласен с Вами, есть такое мнение,/ возможно,* но ……*к сожалению*

~~Я не знаю~~

- **Вы «все должны знать».**
- ***«Эффект стереотипизации»***
- Говорите, к примеру, “Давайте проанализируем полученные данные ( )……. **И сравним их в динамики , с клиническими показателями, лабораторными и т.д. Разработаем план , обозначим цели**

~~Вы должны~~

- **Пациент ничего никому не должен**.
- *Психологические защиты*
- Используйте “Сейчас Вам нужно будет …” или “Для Вас будет отлично, хорошо, наилучшим вариантом если Вы …”.

~~Я Вас не понял~~

- Вы говорите пациенту о своей несообразительности? Зачем?
- Вы демонстрируете пациенту его неспособность ….. Зачем?
- Говорите “Правильно ли я Вас понимаю, ….”.

~~Вы не так меня поняли~~

- Не нужно намекать пациенту на то, что он несообразительный.
- *Психологические защиты*
- Говорите
- “Я хотел бы еще раз объяснить”.
- *Давайте еще раз проработаем, проанализируем ……*

~~Не могу ничего обещать~~

- После этой фразы вряд ли кто-то захочет лечиться у Вас. Вам доверяют свое здоровье, жизнь, а Вы ничего не обещаете. Говорите так: “Я приложу максимум усилий, чтобы решить, сделать ……..”.
- *Психологические защиты*

~~Мне кажется~~

- *Вы же знаете, что нужно делать, когда кажется?*
- Врач должен быть уверен…..
- Используйте фразы: “Я знаю / Я полагаю”.
- *Психологические защиты*

В памяти человека фиксируется

- до 10% того, что он слышит,
- до 50 % того, что он видит,
- до 90% того, что он делает

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Глава 2. **Основные принципы охраны здоровья**

- Статья 11. **Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи**
- 1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.
- 2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.
- 3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Глава 2. **Основные принципы охраны здоровья**

- Статья 13. **Соблюдение врачебной тайны**
- 1. Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.
- 2. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 настоящей статьи.
- 3. С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации«

Глава 2. **Основные принципы охраны здоровья**

Статья 13. **Соблюдение врачебной тайны**

- 4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:
- 1) в целях проведения медицинского обследования и лечения гражданина, который в результате своего состояния не способен выразить свою волю, с учетом положений пункта 1 части 9 статьи 20 настоящего Федерального закона *1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи); 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;*
- 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации«

Глава 2. **Основные принципы охраны здоровья**

Статья 13. **Соблюдение врачебной тайны**

- 3) по запросу органов дознания и следствия, суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством, по запросу органа уголовно-исполнительной системы в связи с исполнением уголовного наказания и осуществлением контроля за поведением условно осужденного, осужденного, в отношении которого отбывание наказания отсрочено, и лица, освобожденного условно-досрочно;
- 4) в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему в соответствии с пунктом 2 части 2 статьи 20 настоящего Федерального закона, а также несовершеннолетнему, не достигшему возраста, установленного частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, для информирования одного из его родителей или иного законного представителя;
- 5) в целях информирования органов внутренних дел о поступлении пациента, в отношении которого имеются достаточные основания полагать, что вред его здоровью причинен в результате противоправных действий;

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ
Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации

Глава 2. **Основные принципы охраны здоровья**

Статья 13. **Соблюдение врачебной тайны**

- 6) в целях проведения военно-врачебной экспертизы по запросам военных комиссариатов, кадровых служб и военно-врачебных (врачебно-летных) комиссий федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба;
- 7) в целях расследования несчастного случая на производстве и профессионального заболевания;
- 8) при обмене информацией медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных;
- 9) в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного социального страхования;
- 10) в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Глава 4. **Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**
- Статья 19. **Право на медицинскую помощь**
- 5. Пациент имеет право на:
- 1) выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 2) профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;
- 3) получение консультаций врачей-специалистов;
- 4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;
- 5) получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Глава 4. **Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**
- 6) получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях;
- 7) защиту сведений, составляющих врачебную тайну;
- 8) отказ от медицинского вмешательства;
- 9) возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи;
- 10) допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав;
- 11) допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, проведение которых возможно в стационарных условиях, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации.

Статья 20. **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**

- 1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Биоэтика

- **Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации.**

Биоэтика

- **Информированное согласие можно условно разделить на два этапа.**
- **Предоставление информации**
- **Получения согласия.**

Биоэтика

– **I этап Предоставление информации включает в себя понятия добровольности и компетентности.**

Врачу вменяется в обязанность информировать пациента о:

Биоэтика

- **Характере и целях предлагаемого лечения;**
- **Связанном с ним существенном риске; т.е. врач должен затронуть четыре аспекта риска: его характер, серьезность, вероятность его материализации и внезапности его материализации.**

БИОЭТИКА

- **Возможных альтернативных данному виду лечения (врач дает совет о наиболее приемлемом с медицинской точки зрения варианте, но окончательное решение принимает пациент).**

Компетентность в биоэтике

- **Под компетентностью в биоэтике понимается способность принимать решения. Выделяют стандарты определения компетентности.**
- **Способность принять решение, основываясь на рациональных мотивах;**
- **Способность прийти в результате решения к разумным целям.**

Биоэтика

- **II этап Получение согласия.**
- **Добровольность информированного согласия подразумевает непременение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений.**

Биоэтика

- **II этап Получение согласия.**
- **Добровольность информированного согласия подразумевает неприменение со стороны врачей принуждения, обмана, угроз и т. п. при принятии пациентом решений.**

Биоэтика

- Существуют две основные модели информированного согласия – **событийная и процессуальная**

Биоэтика

- В **событийной модели** -принятие решения означает событие в определенный момент времени.
- После оценки состояния пациента врач ставит диагноз и составляет рекомендуемый план лечения.

событийная модель информированного согласия

- Заключение и рекомендации врача предоставляются пациенту вместе с информацией о риске и преимуществах, а также о возможных альтернативах и их риске и преимуществе.

событийная модель информированного согласия

- Взвешивая полученную информацию, пациент обдумывает ситуацию и затем делает **выбор,** который наиболее соответствует его личным ценностям.

Биоэтика

- **Процессуальная модель** информированного согласия основывается на длительном контакте пациента и врача.

Процессуальная модель информированного согласия

- В данной модели принятие медицинского решения – длительный процесс и обмен информацией между врачом и пациентом должен идти в течение всего времени взаимодействия между ними.

Процессуальная модель информированного согласия

- Лечение подразделяется на несколько стадий, в каждой из которых решается определенная задача.

стадии процессуальной модели информированного согласия

1. Установление отношений.
2. Определение проблемы.
3. Постановка целей лечения.
4. Выбор терапевтического плана.
5. Завершение лечения.

Процессуальная модель информированного согласия

- **В данной модели пациент играет более активную роль по сравнению с относительно пассивной ролью в событийной модели.**

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Глава 4. **Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**
- Статья 22. **Информация о состоянии здоровья**
- 1. Каждый имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.
- 2. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. В отношении лиц, не достигших возраста, установленного в части 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Глава 4. **Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**
- Статья 22. **Информация о состоянии здоровья**
- 3. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Глава 4. **Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья**
- Статья 22. **Информация о состоянии здоровья**
- 4. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов.
- 5. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Лица, обладающие и не обладающие правоспособностью давать согласие

- Статья 54. **Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья**
- 1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:
- 1) прохождение медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них, при занятиях физической культурой и спортом, прохождение диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, оказание медицинской помощи, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- 2) оказание медицинской помощи в период оздоровления и организованного отдыха в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- 3) санитарно-гигиеническое просвещение, обучение и труд в условиях, соответствующих их физиологическим особенностям и состоянию здоровья и исключающих воздействие на них неблагоприятных факторов;
- 4) медицинскую консультацию без взимания платы при определении профессиональной пригодности в порядке и на условиях, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации;
- 5) получение информации о состоянии здоровья в доступной для них форме в соответствии со статьей 22 настоящего Федерального закона.

Лица, обладающие и не обладающие правоспособностью давать согласие

- Статья 54. **Права несовершеннолетних в сфере охраны здоровья**
- 1. В сфере охраны здоровья несовершеннолетние имеют право на:
- 2. **Несовершеннолетние, больные наркоманией, в возрасте старше шестнадцати лет и иные несовершеннолетние в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом, за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 и 9 статьи 20 настоящего Федерального закона**.
- 3. Дети-сироты, дети, оставшиеся без попечения родителей, и дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, до достижения ими возраста четырех лет включительно могут содержаться в медицинских организациях государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, и на условиях, установленных органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации«

Статья 20. **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**

- 9. **Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:**
- 1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители (в отношении лиц, указанных в части 2 настоящей статьи);
- 2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- 3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;
- 4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);
- 5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.
- 10. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя принимается:
- 1) в случаях, указанных в пунктах 1 и 2 части 9 настоящей статьи, - консилиумом врачей, а в случае, если собрать консилиум невозможно, - непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации), гражданина, в отношении которого проведено медицинское вмешательство, одного из родителей или иного законного представителя лица, которое указано в части 2 настоящей статьи и в отношении которого проведено медицинское вмешательство;
- 2) в отношении лиц, указанных в пунктах 3 и 4 части 9 настоящей статьи, - судом в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.
- 11. К лицам, совершившим преступления, могут быть применены принудительные меры медицинского характера по основаниям и в порядке, которые установлены федеральным законом.

Статья 47. **Донорство органов и тканей человека и их трансплантация (пересадка)**

- Статья 20. **Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства**
- 1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 2. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении:
- 1) лица, не достигшего возраста, установленного частью 5 статьи 47 и частью 2 статьи 54 настоящего Федерального закона, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство;
- 2) несовершеннолетнего больного наркоманией при оказании ему наркологической помощи или при медицинском освидетельствовании несовершеннолетнего в целях установления состояния наркотического либо иного токсического опьянения (за исключением установленных законодательством Российской Федерации случаев приобретения несовершеннолетними полной дееспособности до достижения ими восемнадцатилетнего возраста).

Основная и дополнительная литература (на кафедре)

- 1. Электронное пособие Этико-правовое регулирование медицинской деятельности / Составители: Амиров А.Ф., Липатова Е. Е. Хусаинова А. А., Бакирова З. А. –Уфа БГМУ 2014г.
- 2. Врач и больной или по-новому о старом. Учебное пособие / Г.М. Местергази – М.: Изд-во БИНОМ. Лабораторные знания.- 2012. -110с
- 3. Основы медицинского права в России. Учебное пособие. Под редакцией Ю.Д. Сергеева. - М.: Изд-во МИА. - 2011. -356 с.
- 4. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (с комментариями юристов). - М.:2012-158с.
- 5. Федеральный закон от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации. М.:2012-106с.
- 6. ВОЗ www.who.int/ru/
- *Дополнительная литература:*
- 1. Этюды медицинского права и этики/ А.П. Зильбер – Москва. «МЕДпресс-информ». -2008. – 847с.
- 3. Конвенция ООН/ Конвенция о правах ребенка – Москва РИОР -2011. – 24с.
- 4. Федеральный закон/ Об основных гарантиях прав ребенка в РФ.- М.:ИНФРА-М.-2004.-19с.
- 5. http://www.bioethics.ru/rus/whatbio/
- 6. http://www.bioethics.ru/rus/alledu/id/150/
- 7. http://www.vsma.ac.ru/publ/vest/035/site/index12.html
- 8. http://www.hse.spb.ru/edu/recommendations/essay-2005.phtml
- 9. http://www.biorosinfo.ru/biotechinrussia/documents/
-

Биоэтика

- Благодарим за внимание