

ЭТИЧЕСКИЕ АТТИТЮДЫ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РОССИИ

О. Н. Потапова

*доктор социологических наук, профессор кафедры психологии
Саратовского государственного технического университета имени Ю. А. Гагарина,
potan57@mail.ru*

Приоритетной государственной политикой современной России является реализация прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Увеличение финансирования здравоохранения и новые социальные программы стабилизировали ситуацию, но здоровье россиян от этого кардинально не улучшилось. Отмечается рост показателей заболеваемости, инвалидизации и смертности среди населения. Высокой остается смертность от неизлечимых болезней, особенно среди детей и молодежи. Медицинские учреждения в настоящее время в достаточной степени укомплектованы дорогостоящим диагностическим оборудованием, но оно используется недостаточно эффективно. Во многих случаях это связано с недостаточной компетентностью врачей, что влечет за собой определенные этические аттитюды и диагностические ошибки. Подтверждением тому являются приведенные в статье выписки из историй болезни пациентов различного профиля заболеваний. Рассматриваются случаи из онкологии, гинекологии, терапии, педиатрии и стоматологии.

В связи со сложившейся ситуацией отмечается новая тенденция среди населения страны – отчаявшись получить квалифицированную помощь в России и финансовую поддержку со стороны государства, неизлечимо больные люди пытаются лечиться за рубежом, собирая средства «всем миром» через СМИ и благотворительные организации. Зарубежные клиники при этом в большинстве случаев действительно оказывают квалифицированную медицинскую помощь, и болезнь оказывается «вполне излечимой». Несмотря на высокий уровень профессионализма российских врачей, медики не ориентированы в должной мере на лечение тяжелых заболеваний. Ненормированная загруженность врачей и низкая оплата труда привели к снижению эффективности лечебного процесса, снижению эмпатии и стрессоустойчивости, профессиональному выгоранию у врачей.

Многие «излечимые» болезни в настоящее время приобрели тенденцию к атипичному прогрессирующему течению и возникновению осложнений, что предполагает необходимость новых клинических исследований в целях разработки эффективных подходов к лечению. Особой агрессивностью течения отличаются в настоящее время острые респираторно-вирусные инфекции, приводящие к летальному исходу. Этот феномен требует более пристального изучения и разработки противовирусных препаратов нового поколения. Наиболее целесообразным в сложившейся ситуации является адресное выделение целевых средств со стороны государства на закупку диагностического и лечебного оборудования с ориентацией на российскую медицинскую технику с доведением ее качества до уровня мировых стандартов, расширение рамок внедрения современных медицинских технологий, повышение квалификации врачей и прохождение ординатуры в зарубежных клиниках.

Ключевые слова: этические аттитюды, неизлечимые болезни, атипичное течение, адресная государственная помощь, недостаточная компетентность, эмпатия, стрессоустойчивость, профессиональное выгорание.

ETHICAL ATTITUDES OF MODERN PUBLIC HEALTH IN RUSSIA

O. N. Potapova

*D. Sc. (Sociology), professor of Psychology chair at Saratov State Technical University Yu. A. Gagarin
name, potan57@mail.ru*

Priority public policy in modern Russia is the realization of citizens' rights to health care and medical care. Increased funding for health care and new social programs stabilized the situation, but the health of Russians didn't improve radically. There is an increase in incidence, morbidity and mortality among the population. The mortality rate by reason of incurable diseases remains high, especially among children and youth. Medical institutions now are sufficiently staffed by expensive diagnostic equipment, but it is used inefficiently. In many cases this is due to the lack of doctors' competence that is the reason of certain ethical attitudes and diagnostic errors. Proof of this is given in the article as extracts from the case history of patients with different disease profile. There are considering the cases of oncology, gynecology, therapeutics, pediatrics and dentistry. In connection with the situation there is the new tendency among the population – desperate to get qualified assistance in Russia and financial support from the state, terminally ill people are trying to be treated abroad, gaining cash through the media and charitable organizations. But foreign clinics in most cases provide quality medical care, and the diseases become «quite curable». Despite the high level of Russian doctors' professionalism, they are not adequately focused on the treatment of serious diseases. Unnormalized workloads of doctors and low wages have led to reducing the effectiveness of the treatment process, empathy reduction, stress reduction, professional burnout among doctors.

Now many of the «curable» diseases have a tendency to atypical progressing course and the occurrence of complications, it is necessary to conduct new clinical trials to develop effective approaches to treatment. Upper respiratory tract infection has a particularly aggressive form, leading to death. This phenomenon requires a more careful study and development of a new generation of antiviral drugs. To improve the situation Russian government should provide special funds for the purchase of diagnostic and therapeutic equipment with focused on the Russian medical technology and increase its quality to international standards, extension of modern medical technology, training doctors and traineeship in foreign clinics.

Key words: ethical attitudes, incurable disease, state aid, incompetence, empathy, stress, burnout.

Обеспечение и реализация прав российских граждан на охрану здоровья и оказание своевременной медицинской помощи на современном этапе должны являться приоритетной задачей государственной политики России [6]. Между тем, несмотря на внедряемые социальные программы, закупку дорогостоящей диагностической и лечебной аппаратуры, работу системы ОМС, здоровье россиян не улучшилось. Более того, показатели заболеваемости (в том числе впервые выявленной) и инвалидизации населения продолжают неуклонно расти, отмечается высокая смертность, особенно от онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний. Так, общая заболеваемость в нашей стране в последние годы выросла на 40 %, количество заболеваний системы кровообращения увеличилось в 2 раза, онкологических на 60 %. Высокой остается смертность населения от неизлечимых заболеваний, особенно среди детей и молодежи [1, 2, 4]. Проблемы здравоохранения остались прежними (несмотря на увеличение финансирования системы здравоохранения): отсутствие аппаратуры, диагностирующей болезнь на ранних этапах ее развития, системы профилактики заболеваний (в России всего 10 обязательных прививок, которые делают в детском возрасте, в то время как в странах Европы и США – около 150), недоступность дорогостоящего лечения и эффективных медицинских услуг для большей части населения.

В настоящее время медицинские учреждения страны в достаточной мере укомплектованы дорогостоящим диагностическим оборудованием, но используется оно недостаточно эффективно. Во многих случаях это связано с недостаточной компетентностью врачей или с неумением врачей обращаться с приборами – аппаратура в этом случае простаивает, не окупаются даже затраты на ее приобретение. Примером диагностических ошибок может служить следующий случай.

Онкология. Из рассказа Ш., 20 лет: «3 августа 2013 г. у нас была свадьба, не прошло и месяца, как мой муж заболел ОРВИ, болел с сентября 2013 г. по конец октября 2013 г., кашель не проходил... 7 ноября 2013 г. мы обратились к терапевту в городскую клиническую больницу. Нас отправили на рентген в трех плоскостях, где и было обнаружено образование переднего средостения, в тот же день сделали компьютерную томографию грудной клетки, в которой подтвердили наличие объемного образования... Буквально за неделю мы оформили все документы и отправились в Москву... В РОНЦ им. Блохина с 14.11.2013 по 17.12.2013 мы делали все нужные исследования для уточнения диагноза, и все-таки нас взяли в отделение торакальной хирургии для диагностической торакоскопии. По результатам гистологического заключения биоптата установлен был диагноз – крупноклеточная лимфома, нас перевели в отделение химиотерапии (ХТ) гемобластозов для дообследования (ждали результатов ИГХ) и провели 25.12.2013, 26.12.2013 химиотерапию по схеме СНОР. Когда пришло ИГХ, нам изменили диагноз на миелосаркому. И с того момента нас начали лечить от миелосаркомы, провели

ХТ в режиме «3+7+7», которая была без эффекта, далее была высокодозная ХТ по схеме НАМ, которая дала временное уменьшение опухоли, но вдобавок мы получили кучу побочных эффектов: асцит (было выделено 35 литров из брюшной полости), двусторонний плеврит, токсический гепатит (гипопротеннемия, гипоальбуминемия), кластридальный колит (III ст.), персистирующая тромбоцитопения I–II степени... и вместо 35 дней восстановления прошло уже 80 дней, а побочные эффекты не ушли. Для уточнения диагноза 30.04.2014 была сделана повторная торакоскопия, и оказалось, что полгода мы лечили не то заболевание! Установили, что вместо миелосаркомы у нас острый лимфобластный лейкоз (Т-лимфобластная лимфома), и нас отправили домой чуть ли не умирать. Теперь хотим попробовать лечение в Германии».

Таким образом, отмечается новая тенденция среди населения страны – отчаявшись получить квалифицированную помощь в России и финансовую поддержку со стороны государства, неизлечимо больные люди пытаются лечиться за рубежом. Причем, чаще всего, помогают им абсолютно чужие, но отзывчивые и добрые люди – «всемирно», как это издавна было принято на Руси, собирая средства на лечение онкологии.

При этом зарубежные клиники действительно оказывают квалифицированную медицинскую помощь, дорогую, но эффективную, и, как это ни парадоксально, болезнь оказывается вполне излечимой. Наиболее трагичным в сложившейся в здравоохранении ситуации является то, что, несмотря на высокий уровень профессионализма российских врачей и закупленное современное медицинское оборудование, медики не ориентированы в должной мере на лечение тяжелых заболеваний. Причин для этого достаточно много: каждая поликлиника и больница укомплектована врачами и медсестрами в среднем лишь на 30 %. Большая загруженность врачей и низкая заработная плата (практически по 2–3 участка на одного участкового врача) приводит к снижению эффективности лечебного процесса и перегруженности поликлиник. Да, в настоящее время заработная плата врачей возросла, но исключительно за счет расширения объема работ и круга обязанностей. Возникла ситуация ненормированной загруженности врачей, что привело к снижению эффективности лечебного процесса, снижению стрессоустойчивости и профессиональному выгоранию у врачей [3].

Особое внимание следует обратить на то, что вполне излечимые заболевания в настоящее время приобрели тенденцию к быстрому и прогрессирующему течению, практически мгновенному возникновению осложнений. Этот феномен наблюдается на протяжении последних лет в течении многих хронических заболеваний, что обязательно должно быть предметом современных клинических исследований в целях разработки новых эффективных подходов к лечению. При этом необходимо помнить, что болезнь – это патологическая жизнь [7].

Инфекционные болезни. В настоящее время банальные ОРВИ могут закончиться трагичес-

ки. Понятие «атипичное течение» ОРВИ, «птичий грипп», «свиной грипп», «верблюжий грипп» уже никого не удивляют, но доставляют немало хлопот врачам. Многим из них знакома ситуация, когда физически здоровым мужчинам инфузионно вводят антибиотики резервного ряда, а температура при этом держится до 39–40 °С, и в итоге наступает смерть от «молниеносного атипичного течения пневмонии».

Отсюда вытекают две проблемы: природа возникновения данного вируса и эффективность применяемых противовирусных средств и антибиотиков. Согласно последним исследованиям, вирулентность вируса вызвана мутациями, которым он подвергается. Но при этом следует учесть, что такая высокая степень вирулентности вируса не может возникнуть сама по себе, даже при самой тяжелой экологической обстановке. Для того чтобы вирус достиг такой высокой степени «агрессивности», необходима мутация в специально созданных условиях – наиболее вероятно, лабораторных. То есть перед нами искусственно созданный в лабораторных условиях вирус сверхвысокой степени вирулентности. В связи с этим необходимо не только исследовать этот вирус, но и прогнозировать его возможные «мутации». Более того, целесообразно было бы разработать универсальный противовирусный препарат, возможно из ряда бактериофагов, способный бороться с любой вирусной инфекцией.

Особая роль при этом должна отводиться профилактической работе и вакцинации населения против того штамма вируса, который более всего вирулентен.

Примером врачебной некомпетентности могут служить также следующие случаи.

Гинекология. Женская консультация. Больная Ю., студентка. Диагноз: беременность 16 недель. Эрозия шейки матки. Впервые обратилась к гинекологу по поводу возможной беременности на сроке 5–6 недель. После проведенного обследования была поставлена на учет в женской консультации. Регулярно наблюдалась у гинеколога. На сроке 16 недель была обнаружена эрозия шейки матки на консультации в стационаре. На данном сроке беременности лечение и прижигание эрозии невозможно. В связи с этим родоразрешать беременную будут путем кесарева сечения. Возникает вопрос: почему нельзя было своевременно выявить наличие эрозии и вылечить ее на ранних сроках, обойдясь без родоразрешения оперативным путем?

Терапия. Частная клиника. Больной Ж., 37 лет. Поступил с жалобами на головные боли, тошноту. При обследовании выявлены тахикардия, повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Поставлен диагноз: гипертонический криз. Назначена спинно-мозговая пункция (?!), во время выполнения которой больной умер...

Некомпетентность врача стала настолько привычной в современном здравоохранении, что люди боятся обращаться в медицинские учреждения и предпочитают лечиться своими средствами, что чаще всего лишь усугубляет состояние больного.

Стоматология. Больная К., 19 лет. Диагноз: кариес VI верхнего зуба слева.

В клинике принято вначале посетить врача, затем с направлением идти в кабинет медсестры, где она делает обезболивающий укол, после чего больной вновь возвращается к врачу на лечение. Больная К. с направлением, в котором был указан диагноз, отправилась в кабинет медсестры, где ей был сделан обезболивающий укол в десну между I-ми резцами. Это очень болезненная область. Больная К. вернулась к врачу. До зуба больной невозможно было дотронуться. Врач спросила, куда был сделан обезболивающий укол, и вновь отправила больную к медсестре. «Человеческий фактор», – сказала она, признав ошибку. Но почему из-за «человеческого фактора» больные люди должны терпеть дополнительную боль и испытывать стресс? Тем более, каждый человек подвержен разной степени стоматофобии, при том что стоматология – самая дорогая отрасль медицины. В данном случае речь идет скорее о некомпетентности медперсонала и отсутствии элементарного сострадания, преобладание «техницистской» модели врачевания [5].

Педиатрия. Наиболее трагичная ситуация наблюдается, когда в семье тяжело заболевает ребенок. И вновь деньги на лечение собираются «всем миром» сердобольными людьми через СМИ, а не выдаются целевым порядком государством: «...Я стараюсь подработать, где могу, – шью, беру надомную работу... Я постоянно думаю о том, где взять деньги... Папа от нас ушел, мы вдвоем с сыном. Доктор вон сказал, что он мальчик перспективный, его можно вылечить... Вот про стволовые клетки слышала... Многие говорят – помогает... Но ведь это все доллары... А где их взять-то?.. (Отрывок из интервью с матерью К. ребенка-инвалида 3-х лет. Диагноз: ДЦП. Спасти-ческий тетрапарез).

При обращении тяжелобольных (в том числе детей) в региональные и городские органы управления Минздрава, как правило, отмечается тенденция «лечения на местах», даже если все возможности исчерпаны. «У нас в городе есть все необходимые лекарства и медицинские технологии», – стандартный ответ на желание получить направление на лечение в Москву или Санкт-Петербург. В итоге теряется драгоценное время, и людей уже не могут вылечить нигде. Они умирают, не получив должного лечения.

Таким образом, основными негативными тенденциями современного здравоохранения являются: чрезмерная загруженность врачей, отсутствие эмпатии, недостаточная компетентность и профессионализм врачей и медработников.

Решение этих проблем сводится к реализации следующих мероприятий:

- адекватное распределение нагрузки на каждого врача и повышение оплаты труда;
- зарубежная стажировка врачей со стажем работы не менее 5 лет;
- обязательное психологическое тестирование на выявление эмпатийности, стрессоустойчивости и профессионального выгорания;
- повсеместное создание этических комитетов в клиниках, включающих в свой состав самих пациентов, психологов и социальных работников;

• создание «горячей линии здравоохранения» при администрации города.

Наиболее целесообразным является адресное выделение целевых средств на закупку диагностического и лечебного оборудования. При этом следует ориентироваться на российскую медицинскую технику. Необходимо довести ее качество до уровня мировых стандартов, развивать инновации в здравоохранении и медицинской науке; создавать научные центры, приглашая к сотрудничеству специалистов со всего мира. Это возможно путем увеличения финансирования здравоохранения до 15 % от ВВП (в настоящее время всего 3–4 %). Расширение рамок внедрения современных медицинских технологий (вплоть до амбулаторного звена) в лечении больных во многом могло бы решить территориальные проблемы доступности медицинской помощи: операции контрапульсации, проводимые в поликлиниках (технически это вполне возможно) на 50 % могли бы снизить риск возникновения инсультов и инфарктов; повсеместная вакцинация населения от онкологических заболеваний также могла бы снизить риск возникновения новообразований; обучение новейшим технологиям в операциях на сердце кардиохирургов на периферии также решило бы проблему стоимости и доступности данного вида лечения.

Важным моментом в усовершенствовании современной системы здравоохранения могло бы быть повышение квалификации медицинских работников и прохождение ординатуры в зарубежных клиниках, а также введение системы поощрений качественного труда медицинских работников амбулаторного и стационарного звена.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасименко Н. Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте ев-

ропейских тенденций здоровья // Здравоохранение РФ. – 2009. – № 3. – С. 10–14.

2. Михайлова Ю. В., Шестаков М. Г., Соболева Ю. В. и др. Предотвратимые потери здоровья населения как объект анализа // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 2. – С. 37–41.

3. Решетников А. В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.

4. Роговина А. Г. Динамика преждевременной и предотвратимой смертности в Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. – № 6. – С. 10–21.

5. Саперов В. Н. Модели врачевания и их связь с основными принципами и правилами медицинской этики // Биоэтика. – 2014. – № 1. – С. 27–31.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 28.11.2011. – № 48.

7. Фуко М. Рождение клиники / Пер. с франц. А. Ш. Тхостова. – М.: Смысл, 1998. – 301 с.

REFERENCES

1. Gerasimenko N. F. Sverhsmernost' naseleniya – glavnaya demograficheskaya problema Rossii v kontekste evropeiskih tendencii zdorov'ya // Zdravooхранenie RF. 2009. № 3. S. 10–14.

2. Mihailova Yu. V., Shestakov M. G., Soboleva Yu. V. i dr. Predotvratimye poteri zdorov'ya naseleniya kak ob'ekt analiza // Ekonomika zdavooхранeniya. 2008. № 2. S. 37–41.

3. Reshetnikov A. V. Sociologiya mediciny (vvedenie v nauchnuyu disciplinu): Rukovodstvo. M.: Medicina, 2002. 976 s.

4. Rogovina A. G. Dinamika prezhdevremennoi i predotvratimoi smertnosti v Rossiiskoi Federacii // Problemy social'noi gigeny, zdavooхранeniya i istorii mediciny. 2006. № 6. S. 10–21.

5. Saperov V. N. Modeli vrachevaniya i ih svyaz s osnovnymi printsipami i pravilami meditsinskoy etiki // Bioetika. 2014. № 1. S. 27–31.

6. Federal'nyi zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ (red. ot 25.06.2012) «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossiiskoi Federacii» // Sobranie zakonodatel'stva RF. 28.11.2011. № 48.

7. Fuko M. Rozhdenie kliniki / Per. s franc. A. Sh. Thostova. M.: Smysl, 1998. 301 s.

УДК 614. 2

НРАВСТВЕННОСТЬ И РАЦИОНАЛЬНОСТЬ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ СИБИРИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ

А. А. Кожевников

кандидат социологических наук, проректор по общим вопросам Новокузнецкого государственного института усовершенствования врачей МЗ РФ, г. Новокузнецк, nvkz2004@rambler.ru

В статье рассмотрено медико-социальное поведение в контексте нравственности и рациональности как одно из оценочных характеристик организации системы здравоохранения на популяционном уровне. Автор приходит к выводу, что распространенность среди населения неинфекционных болезней, как и инфекционных, зависит от степени развития не только социальной среды, но и системы общественных отношений, регулируемых органами власти и управления в сфере жизнедеятельности и жизнеобеспечения людей. Выработанный в популяции тип поведения не всегда является позитивным с точки зрения социальных норм, морали, права и безопасности, так как многое зависит от качества социокультурной среды, а также от существующей закономерности, связанной с тем, что при удовлетворении потребностей в определенной ситуации люди стремятся создать такую же ситуацию, а при многократном длительном совершении подобных действий они входят в привычку и, влияя на поведение, становятся поведенческим стереотипом.

Ключевые слова: медико-социальное поведение, система здравоохранения, нравственность, рациональное поведение, популяция, коренное население Сибири, социологические исследования.