

БИОЭТИКА И МЕДИЦИНА - СОЮЗ РАДИ ЖИЗНИ

Академик РАМН

Владимир Иванович Петров

Медицина как социокультурный комплекс очень напоминает те самые живые организмы, с которыми она имеет дело. Во-первых, достоверным является факт ее рождения, хотя никто точно не назовет дату. Наверное, это произошло тогда, когда люди перестали заниматься самолечением, наподобие животных, а стали обращаться за помощью к тем представителям рода или племени, у которых это получалось лучше, чем у других. Другими словами, медицина появилась тогда, когда появились врачеватели, целители, люди, профессионально занятые тем, чтобы помогать собратьям в случае недугов и травм. Впрочем, этот период обсуждается в истории медицины достаточно хорошо, чтобы на нем не останавливаться.

Впоследствии, когда накопилось достаточно знаний, чтобы как-то их систематизировать, эти знания стали передаваться от учителя ученику целенаправленно. У лекарей появились специальные места, где они стали принимать пациентов, они обзавелись оборудованием, они стали изготавливать лекарства (впоследствии изготовление лекарств было отделено от медицинской профессии и стало фармацевтикой). Понемногу стали появляться узкие специалисты. Потом и письменные источники медицинские стали частью культуры. Другими словами, медицина превратилась из элемента культуры, которым было примитивное целительство, в культурный комплекс, где есть все элементы, которые должны в культурном комплексе присутствовать: люди, знания, техника, правила, по которым все это взаимодействует. На последнее следует обратить особое внимание. Дело в том, что взаимодействие элементов культурного комплекса всегда

осуществляется по каким-то правилам. Иначе он не будет представлять нечто цельное. Как и кому передавать знания, по каким критериям отбирать в профессию, как обмениваться деятельностью и как распределять средства между участниками взаимодействия, каковы функции профессионалов и потребителей их услуг – все это и многое другое регулируется социальными нормами. Эти нормы могут быть экономическими, политическими, юридическими, даже эстетическими. Для медицины с самого начала ее существования главным культуuroобразующим феноменом были нормы морали.

Все знают, что основным вопросом морали является строчка из известного стихотворения Владимира Маяковского: «Что такое "хорошо" и что такое "плохо"?». Так вот весь культурный комплекс медицины выстраивался вокруг одного утверждения: жизнь и здоровье – это хорошо, а болезнь и смерть – это плохо. И вся медицинская деятельность во все времена была направлена на одно – сохранение жизни и здоровья. Все, что противоречило или мешало, или просто не соответствовало этому, осуждалось вплоть до изгнания из профессии. Моральная оценка господствовала в медицине всегда. Даже когда врач применял неразрешенные, неодобренные медицинским сообществом приемы для излечения больного, и больной выздоравливал, действия врача одобрялись. И, наоборот. Если врач действовал строго по правилам, но терял больного, его действия становились предметом особого разбора и осуждения.

Естественно, что наряду с научными нормами, которые, кстати, сформировались в медицине довольно поздно, наряду с экономическими и юридическими нормами, вне которых никакие общественные институты и культурные комплексы не существуют, моральные нормы в медицине всегда были определяющими. Но, поскольку медицина имеет ряд принципиальных отличий от других культурных комплексов за счет того, что она «работает» с живыми людьми, моральная регуляция в ней всегда осуществлялась строже, чем в других сферах жизни общества. Постепенно возник особый

нормативный образ медицины, который был призван не только регулировать отношения внутри нее, но и отличать ее от других подсистем культуры. Возникла медицинская этика.

Она формировалась постепенно, причем, существовавшие в ней нормы отражали и потребности в саморазвитии и самосохранении медицины, и ожидания общества, связанные с ней. Впервые о том, что в медицине существует собственная нормативная база, мы узнали из Ригведы. Это 11-й век до нашей эры. Возможно, существовали и более ранние источники, но нам они не известны.

В Ригведе содержится несколько принципов, предписывающих определенные формы отношений врачей и пациентов. Так, например, там сказано, что врач не должен «оказывать помощь людям буйным, тем, кого не любит король и народ, и умирающим, ибо тогда он может потерять друзей и богатые доходы». С одной стороны, это говорит о том, что врачевание уже тогда было особой профессией. С другой стороны, это полностью противоречит нынешним представлениям о том, что врач должен оказывать помощь каждому, в ней нуждающемуся. Ясно, что такая, по-нашему, негуманная норма существовала потому, что сама профессия была еще не устоявшейся, несформированной до конца. И времена были жестокие, человечество еще не жило, а выживало. Это потом, в античности уже можно было позволить себе быть гуманистом, которым и предстает перед нами Гиппократ, сформулировавший основные принципы медицинской этики, действующие и сейчас.

Но тот же Гиппократ пришел бы в ужас, если бы узнал, что основным принципом взаимоотношений врача и пациента в XX веке стал принцип уважения автономии последнего. Другими словами, врач не может предпринять ничего, без согласия пациента, врач должен информировать его о всех своих действиях и согласовывать ход лечения с пациентом. Для гиппократовской этики это было немыслимо! Согласно ее принципам, врач обладал уникальными знаниями, недоступными простым людям и не имел

права их разглашать, делиться знаниями можно было только с учениками, и то осторожно.

Если посмотреть на Клятву Гиппократову сквозь призму сегодняшней медицины, то мы увидим крайнюю заинтересованность в обособлении профессии. А гуманизм, провозглашаемый в Клятве и служащий главным отличительным признаком профессии, суть апология ее обособления. Поэтому, хотя этика Гиппократовы и была прогрессивна и гораздо более человечна, чем этика Ригведы, она есть просто корпоративная этика, если пользоваться современной терминологией. И ничего плохого в этом нет. Почти в каждой отрасли человеческой деятельности – своя этика, которую принято называть корпоративной. В медицине, соответственно, медицинская этика. О ее достоинствах и недостатках надо говорить специально, а пока отметим, что медицинская этика призвана регулировать отношения в сообществе медицинских работников. И не более того. В ней есть принципы их поведения, но там мы не найдем никаких указаний на то, что у пациента тоже должны быть какие-то принципы взаимоотношения с медицинскими работниками. Эта этика не регламентирует и отношение общества к медицине. Она не охватывает своими нормами и диспозициями медицинской науки в ее связи с наукой в целом. Именно поэтому со временем этих норм стало очевидно недостаточно для нормального функционирования медицины. Можно предположить, что снижение престижа врачебной профессии, которое остро ощущается в современную эпоху, связано именно с тем, что общество стало предъявлять к ней требования, которые в медицинской этике не прописаны. И не должны быть прописаны, потому что касаются не столько самих медицинских работников как отдельной группы, а их положения в мире и отношения со всеми другими социальными группами.

А что же произошло такого, что сделало очевидным нормативную недостаточность старой доброй медицинской этики и потребовало новых форм контроля, новых предписаний и оценок для медицины?

Расширение прав и свобод личности в современном обществе предполагает такую нормативную регуляцию в медицине, при которой врач и пациент выступают равноправными партнерами, когда отношение медицины с другими социальными институтами, гарантирующими права человека, строятся по принципам, комплементарности.

Во-первых, изменилось общество. Это первая причина возникновения новой формы нормативной регуляции не просто медицины, а вообще всех отношений, связанных со здоровьем. Это первая причина появления биоэтики.

Мы уже отмечали, что даже корпоративные нормы морали отражают и внутренние потребности медицины в саморегуляции, и служат ответом на ожидания общества. А общество это, пережив войны и революции, в XX веке стало более либеральным, демократичным и интегрированным. Что это значит? Тоталитарные режимы и диктатуры понемногу стали вытесняться демократическими государствами, в которых сначала были просто признаны права человека, а потом и объявлены основной ценностью. Право на политический выбор, право голоса, свобода совести, свобода выбора профессии и получения образования, свобода веры и еще много прав и свобод оказалось имманентно присущи человеку, и были объявлены главными ценностями либерального общества. Но почему не свобода выбора врача? Почему не право на принятие решения по поводу своего здоровья? Конечно, с развитием демократии дело дошло и до признания этих прав и свобод. И отношения медицины с обществом стали строиться на основе новых норм. Каких? Их еще предстояло определить. Можно сказать, что они до сих пор еще находятся в стадии становления.

Действительно, в старой доброй медицинской этике был принцип охраны пациента от ятрогений. Это означало, в частности, что не следует сообщать пациенту травмирующий его диагноз. Сообщение о болезни не должно быть хуже самой болезни. А теперь такая ситуация рассматривается

как нарушение прав пациента на полную и достоверную информацию о его здоровье.

Если раньше врачебная тайна понималась как корпоративная, т.е. история болезни была тайной, как для посторонних, так и для самого пациента, то сейчас он имеет право ксерокопировать ее и, лечась у одного врача, проконсультироваться у другого – правильно ли его лечат. Подобных примеров можно приводить много.

Важно другое. Путь к пониманию того, что человек в медицине имеет такие же права, как и во всех других сферах жизни, оказался долгим и мучительным. Он был связан с весьма неприятными открытиями. Так, после Второй мировой войны, на Нюрнбергском процессе стало очевидным, что врач, который, по общепринятому мнению имеет только одно право (оно же – обязанность) – спасать людей, может их целенаправленно уничтожать. То, что врач может сознательно, а не по ошибке, убить человека, как это делали врачи- фашисты, проводя эксперименты на людях в концлагерях, стало шоком для человечества, но мало чему его научило.

Интересно, что во время Нюрнбергского процесса обвинение врачей-фашистов, основанное на Клятве Гиппократа, не вошло в документальную базу, поскольку этот источник не считается юридическим документом. В 1948 году врачи мира собрались в Женеве и приняли так называемую Женевскую Клятву врачей, в которой брали на себя обязательство никогда не прибегать к пыткам, не экспериментировать на людях, причиняя им страдания. Это очень важный документ, который показывает, что отношения между медициной и обществом изменились, повысилась ответственность медицинских работников за все, что они делают, люди стали пристальнее относиться к медицине и строже ее оценивать.

Однако Женевская Клятва врачей носит, скорее, характер манифеста, своеобразного «заявления о намерениях». В ней не содержится подробной регламентации, что можно, а что нельзя в медицине. Указаны только границы допустимой деятельности. С течением времени стало очевидно, что

нравственные предписания для отношений медицины и общества должны иметь более строгую форму. И в 1964 году была принята Хельсинская Декларация, которая восполняла этот пробел. Это уже была своеобразная программа биоэтического регулирования. Свою функцию Хельсинская Декларация выполняет и сейчас, поскольку она регулярно обновляется, расширяется за счет Дополнительных протоколов. Но, чтобы она появилась, нужно было, чтобы сформировались две другие причины, породившие биоэтику.

Превращение медицины в XX веке в биомедицину потребовало и новой этики, которая, соответственно, была бы биомедицинской.

Вторая причина связана с развитием науки и, в частности, с появлением новых биотехнологий. Характеристику этого процесса можно начать с изменений в лекарственной сфере. Новые технологии позволили перевести производство лекарств, практически, полностью на промышленную основу. С одной стороны, это серьезно расширило возможности медицины. Был завершен многовековой процесс разделения труда между собственно медициной и фармацевтикой. Если на первых этапах развития медицины врач являлся одновременно изготовителем, а, зачастую, и автором лекарственных средств, то впоследствии появилась профессия провизора, который только изготавливал лекарства по прописям врача. Становление фармакологии как науки позволило окончательно структурировать фармацевтику в качестве самостоятельной отрасли медицины. А технологический прогресс позволил перевести этот процесс в производственное русло. Это, в свою очередь, способствовало отделению фармацевтики от медицины, присвоению ею торговых функций. И сейчас уже трудно сказать, чьей «дочкой» является фармацевтика: медицины или торговли. Но это отдельная тема. Важно здесь то, что возник этический и правовой вакуум, связанный с выделением данной отрасли как самостоятельной. Чтобы производить лекарственные средства в

промышленном масштабе, нужно их придумать, испытать, найти рынки сбыта. Следовательно, необходимо регламентировать и научно-исследовательскую, и испытательную деятельность в этой сфере, соблюдая принципы медицинской этики, но учитывая и то, что фармацевтика – это бизнес.

Так подтвердилась потребность в нормативных актах в области клинических испытаний. Несмотря на появление целого ряда документов такого плана, проблема пока далека от окончательного решения. Слишком дорогую цену приходится платить за научные ошибки, если дело касается здоровья и жизни человека. Казалось бы, глобальная компьютеризация позволяет вообще исключить человека из клинических испытаний, но практика доказало, что заменить испытуемого компьютерной моделью нельзя – очень низка достоверность результатов, а это провоцирует новые риски для здоровья.

Зато компьютеризация позволила создать принципиально новое медицинское оборудования – как диагностическое, так и лечебно-реабилитационное. Появился соблазн вообще разделить пациента и врача, поставив между ними компьютер. Но оказалось, что психоэмоциональный контакт между этими центральными фигурами медицинских манипуляций бывает гораздо важнее самих манипуляций. Развернулась дискуссия о применимости той или иной модели отношений врача и пациента, об их эффективности и «дозволенности». Если в гиппократовской и постгиппократовской медицине превалировала патерналистская модель, при которой врач всегда прав, то в период либерализации общества актуализировалась коллегиальная модель. С развитием разных форм собственности в сфере здравоохранения стала практиковаться контрактная модель. А с прогрессом техники – техницистская. Это вызвало новые этические проблемы, которые также до сих пор до конца не решены.

И, наконец, развитие биотехнологий изменило лицо самой медицины. Расшифровка генома человека, успехи трансплантологии, манипуляции со

стволовыми клетками, экстра-корпоральное оплодотворение, клонирование, нанотехнологии...Как и насколько можно все это применять? Какие последствия ждут человечество? Будет ли клон человеком? Можно ли выращивать эмбриона в пробирке до 12 недель, чтобы потом использовать его «составные части» для лечения других людей? Кого считать матерью и отцом ребенка, если используется ЭКО и суррогатное материнство? Производить ли забор органов только с согласия донора или свободно в случае его смерти? Что делать, если новые методы лечения позволяют сохранить жизнь пациенту в результате перенесенного инсульта, но не позволяют избавить его от страданий или вернуть ему сознание – разрешить эвтаназию?

Произошел, буквально, обвал моральных проблем, нерешенность которых объективно тормозила внедрение в практику новых биотехнологий.

Процесс, в течение которого состояние или поведение начинает определяться как медицинская проблема, требующая медицинского разрешения, определен как медиализация
(Конрад и Шнейдер, 1992).

И, наконец, третья причина появления биоэтики кроется в интенсификации процесса, который принято называть «расширение медиализации». Это самая веская причина, но именно о ней нам меньше всего известно, поэтому нужно остановиться на этом подробнее.

Болезнь – это не только физическое состояние человеческого организма, это и социальный феномен. Различные культурные традиции могут оценивать одно и то же состояние организма как болезненное или нормальное. Люди воспитанные в рамках европейской культуры обычно определяют понятие физиологического здоровья, как состояние организма в котором могут выполнять свои социальные обязанности и делать то что они пожелают в свободное время. Болезнь трактуется как определенное состояние организма при котором нечто нарушает физиологическое

равновесие, гармонию нашего тела. Однако, когда мы определяем болезнь как некое препятствие для исполнения нашей социальной роли, мы не выходим за круг наших обычных представлений о неправильном функционировании нашего организма. Ощущение, когда что-то не так, догадка о причине неправильного состояния всегда описывается в социальном контексте.

В каждом обществе симптомы, боли, слабость, описываемые как “болезни” вписываются в культурные и моральные ценности, воспринимаемые путем общения с представителями того или иного социального круга, посещений профессиональных врачей, под влиянием определенных общественных верований в то, что есть здоровье и что есть болезнь. Результатом становится преобразование физиологических симптомов в болезни с определенными ярлыками (диагнозами) и людей, превращающихся в пациентов. Это преобразование испытывает сильнейшее влияние социального положения и моральных оценок. Не все пациенты равны. Пол, расовые и этнические категории, социальный класс, физические способности, сексуальная ориентация, и вид болезни создают различия в социальной ценности. Также не все представители системы здравоохранения равны: их место в профессиональной иерархии определяет уровень их полномочий устанавливать приоритеты исследовательских проектов, выбор средств лечения, и создает то, что известно как легитимное медицинское знание.

В Западных обществах культура и язык болезней и медицинского знания исходит из науки. “Медицинские науки” – это тот эталон, опираясь на который мы можем определить компетентность того или иного представителя системы здравоохранения. *Биомедицинская модель* болезни предлагает схему, согласно которой болезнь – это девиация от нормального состояния здорового организма. Болезнь имеет специфические причины, которые можно найти в теле больного. Болезни имеют одни и те же симптомы и последствия в любой социальной среде, из которой бы не

происходил больной. Медицина - это социально нейтральное применение научных исследований к индивидуальным случаям. Критики подобной модели показали, что понятие нормы зависит от того, с кем сравнивается больной. Многие болезни имеют социальные и экологические причины. Количество заболеваний, их тяжесть варьируется в зависимости от географического расположения очага болезни. Ценности, определяющие направления медицинских исследований, практики, теорий и знаний глубоко связаны с практической ситуацией и с социальными характеристиками доминирующей группы профессионалов медиков – терапевтов.

Хотя болезнь коренится в теле человека, в своем социальном проявлении она выходит далеко за рамки физиологии. Процесс, определяемый некоторыми исследователями как легитимная болезнь имеет под собой иерархию власти и экономических ресурсов больного. Социологи используют термин *медицинализация* для того чтобы объяснить как жизненные коллизии, включая все аспекты процесса взросления, и социальные проблемы, такие как алкоголизм и наркомания получили свое научное описание в среде профессиональных медиков. Медицинализация дает большой список физиологически различных “болезней”, которые лечатся с помощью обследований и тестов, на основе которых больным выписывают рецепты нередко на очень дорогие лекарства. Работник сферы здравоохранения всегда эксперт. То, что пациент знает о своем собственном теле и его недостатках не является частью профилактики, поддержки стабильного состояния, и, тем более, лечения.

Медицинализация неотделима от финансовой структуры медицинского обслуживания. Выделение столь большого количества физических состояний болезней увеличивает прибыль у капиталистов от медицины, например, в таких странах как США. В свою очередь, подобная практика вступает в противоречие с системами национального здравоохранения, разработанными специально для понижения расходов пациентов. Комбинация медицинализации и финансовой структуры общества формирует особый стиль поведения

медицинского работника по отношению к пациенту. Если целью является выкачивание денег, то врачи предпримут всяческие усилия, чтобы объяснять пациенту каждый симптом как отдельную, поддающуюся лечению, болезнь. Если же в обществе стоит установка на сокращение расходов, то врачи могут игнорировать редкие, требующие длительного исследования и проверки случаи, или же комплексные медицинские проблемы. Во всех системах здравоохранения западного типа врачи используют биомедицинскую информацию, добытую и проверенную в исследовательских институтах, приоритеты исследований которых находятся в прямой зависимости от источников финансирования. В их качестве могут выступать фармацевтические компании, правительственные учреждения или частные лица. Каждый из них имеет определенный план проведения исследований. Уже при разработке плана работ исследователи знают, в интересах какой социальной группы они будут проводить свою работу. Таким образом, медицина может сделать очень многое, чтобы превратить любой общий симптом в болезнь, излечимую с помощью таблеток или инъекций и, практически, не в состоянии повлиять на распространение болезней, вызванных загрязнением окружающей среды, производственными травмами, бедностью или насилием в семье.

Медицина, как правило, ассоциируется в массовом сознании с высшими общечеловеческими ценностями – гуманизмом, добротой, состраданием. Считается, что врач не может причинить сознательный вред больному. Это – один из признаков профессии (Т.Парсонс, 1951). В то же время, вред, который может нанести медицина, известен. Это 1) участие врачей в пытках и издевательствах, 2) использование людей в клинических испытаниях, связанных с повышенным риском или против их воли, 3) применение непроверенных методов или средств лечения. Возможность такого вреда оговорена во всех международных этических медицинских кодексах и документах, а также классифицирована как преступное деяние во всех юридических кодексах. Существующие в международной

здравоохранительной практике этические комитеты и третейские суды тщательно следят за выполнением врачами принципа «не навреди».

Социальная опасность как результат медицинской деятельности, если и рассматривается, то лишь в контексте экстенсивного развития новых биотехнологий. В то же время, существует реальная возможность того, что врачи будут контролировать социальное поведение людей, не прибегая к специальным методам. В принципе, они могут целиком подчинить себе управление социальными процессами просто расширяя свои сугубо медицинские рекомендации и назначения. Такая опасность существует, она плохо изучена, поэтому общество пока не располагает средствами, которые можно ей противопоставить. Механизм распространения этой опасности и называется *расширени медикализации*.

Медикализация - это не простая случайность, скорее - это конечная стадия в серии событий. Для того, чтобы медикализация стала социальной реальностью, одна или более организованные социальные группы должны быть заинтересованы в таком результате и иметь достаточно ресурсов (сил), (включая мнение общественности, позицию страховых компаний и органов здравоохранения) для принятия новой ситуации.

Не удивительно, что врачи играют главную роль в медикализации, в течении медикализации их влияние может увеличиваться, сфера их практики расширяться, а доходы - расти. Врачи играют главную роль в медикализации предменструального синдрома (Фигерт, 1996), вредных привычек беременных (Армстронг, 1998), импотенции (Тифер, 1994), и большого количества других состояний.

В медикализации заинтересованы и пациенты. Например, анонимные алкоголики, которым помогло медицинское вмешательство, склонны абсолютизировать силу медицины в борьбе с алкоголизмом и усматривать в ней фактор социально-психологической стабилизации для себя. Другие группы ориентируются на медикализацию в надежде, что медицинский контроль будет более человечным, чем другие формы социального контроля

(заключенные, акцентуированные личности, гомосексуалисты). Вдобавок, такие настроения усиливает пресса, описывающая медикализацию в позитивно-оценочных терминах. СМИ, кроме того, склонны переоценивать перспективы медицины (Зипорун,1992). Так, например, охотнее прибегают к «панацее» медикализации люди, почерпнувшие из СМИ сведения об успешном лечении (снятии неприятных ощущений) предменструального синдрома, синдрома хронической усталости и т.п.

Третья главная сила в поддержке медикализации – это фармацевтическая индустрия. Эта индустрия преследует экономический интерес в медикализации, поскольку прием лекарств чаще всего и трактуется как лечение. Медикализация также часто интерпретируется как прием лекарств (Верт,1991).

Ни доктора, ни различные группы, ни фармацевтические компании отдельно не имеют достаточного влияния на распространение медикализации. Следовательно, успешная медикализация зависит от взаимных интересов в деятельности этих и некоторых других групп.

Разумеется, при некоторых обстоятельствах медикализация может быть благом, так как показывает озабоченность проблемой и предлагает достаточно действенные (медицинские) средства ее разрешения. Люди с эпилепсией, например, ведут более счастливую и более продуктивную жизнь тогда, когда принимают регулярно соответствующие лекарственные препараты. То же можно сказать и о страдающих диабетом. Однако, как мы пытались показать выше, такое восприятие медикализации может привести к ее неконтролируемому расширению, а то, в свою очередь, к негативным индивидуальным и социальным последствиям (Конрад и Шнайдер,1992, Золя,1972).

Во-первых, определение конкретной персональной социальной ситуации как болезни отнюдь не означает повышение социального статуса человека.

Во-вторых, когда ситуация становится медикализованной, врачи становятся единственными экспертами, следовательно, их власть над другими группами увеличивается.

В-третьих, когда медикализуются условия, медицинское лечение становится единственным логическим ответом на них, хотя чаще всего, причины диспропорций сугубо социальные. Медикализация может оправдывать не только добровольное, но и принудительное лечение. Ведь лечение не всегда помогает, иногда оно может принести вред.

В-четвертых, как показывают приведенные примеры, медикализация значительно расширяет ранг жизненного опыта под медицинским контролем.

Однако, основной проблемой остается проблема *манипулирования пациентами посредством медикализации*. Разумеется, медицинские работники не ставят своей целью такие манипуляции, но они, тем не менее, имеют место как результат медицинских вмешательств. Многие практикующие врачи проявляют искреннюю заботу о “ползущей медикализации”, и всегда на передний план выдвигают “пропогандирование здорового образа жизни” и “предотвращения заболеваний”. Но редко когда они задавали вопрос – а хочет ли больной идти на жертвы, отказываясь от своего привычного образа жизни, будут ли они счастливы, если будут здоровы?

К этому можно добавить, что современная медицина, как показывают недавние эмпирические исследования “непрофессиональных знаний”, рассматривается как “критическая возможность”: лечение или переделывание, видоизменение или восстановление, замена или наполнение, предупреждение или симулирование болезни и здорового тела в равной степени. Доступ к здравоохранению, в этом смысле, выглядит как “социально поощряемое и неотъемлемое право каждого человека”(Lupton 1994). Любой контроль над таким доступом рассматривается как дискриминация.

Для пациентов симптомы их болезней проявляются в контексте их жизни. Эти симптомы становятся болезнями в ходе получения профессиональной медицинской помощи. Социальный опыт человека как пациента включает в себя отношения с родственниками, коллегами и друзьями. В конечном итоге изменение состояния здоровья меняет положение человека в мире. Перелом ноги может восприниматься как простая травма, но эта травма совершенно по-разному осознается профессиональным атлетом, для которого она становится точкой в его карьере спортсмена, и банковским клерком, для которого она не более чем досадное неудобство. Две разные болезни могут подвергаться вполне успешному медикаментозному лечению, однако социальные последствия от заболевания пневмонией весьма отличны от последствий гонореи. Если у вас была гонорея, то вполне вероятно, что вы будете скрывать этот факт личной истории, во время собеседования при устройстве на работу. Если же вы перенесли воспаление легких, то этот факт может оказаться удачным предлогом, чтобы не ходить на работу в слишком холодную погоду.

Поскольку болезнь социально обусловлена, работники сферы здравоохранения и пациенты могут воспринимать совершенно одинаковый набор симптомов (или же их отсутствие) совершенно по-разному. Терапевты имеют тенденцию обращать внимание на видимые физические симптомы болезни или недвусмысленные результаты обследования организма. Для них идеальная болезнь – это такое состояние организма, проявляющееся в определенном наборе симптомов (или их отсутствию), по которым можно безошибочно поставить диагноз. Затем на его основании проводить лечение таким образом, чтобы устранить отмеченные ранее симптомы и вернуть пациенту способность к нормальному образу жизни. Для пациентов возвращенная способность жить обычной жизнью, хотя и с хроническими заболеваниями, совершенно отлична от состояния полного излечения. Это естественно, поскольку излечение возвращает вас к прежнему нормальному состоянию, в то время, когда хроническое заболевание вынуждает вас внести

определенные изменения в ваш образ жизни и поведение. Подобным образом некоторые явления, сопутствующие лечению, которые воспринимаются врачом как неизбежные последствия лечения, пациент переживает как внезапное усиление боли или дискомфорта, стрессовое состояние и тому подобное, за что была уплачена определенная сумма. Больные, уверенные в том, что их лечащие врачи игнорируют признаки ухудшения их состояния или же прописывают неоправданное хирургическое вмешательство, могут обратиться с жалобой в Комитет по этике. Если Комитет определяет, что пациент был лишен необходимого лечения, то он может потребовать возмещения своих расходов на лечение.

Социальный контекст является интегральной частью любой болезни. Начиная с определения симптомов с классификации симптомов и первых шагов по их устранению, борьбы с хроническими болезнями или же предсмертным состоянием, все социальные характеристики пациента имеют очень большое значение. Этот эффект определяется социальной средой, местом работы, финансовым положением, семейным статусом, структурой системы здравоохранения, общей культурой общества. Как только система здравоохранения начинает изменяться, так же начинает меняться поведение пациентов, младшего и среднего медицинского персонала, врачей.

Качество медицинского обслуживания зависит, как известно, и от принятой в данной стране модели здравоохранения. Сегодня наиболее широко в мире распространена модель страховой медицины. Согласно правилам этой модели, услуги сферы медицинского обслуживания оплачиваются посредником, в роли которого выступает страховое агентство или государство. Довольно часто выбор пациентом врача или больницы ограничен, а решения врача в области выбора вида лечения и лекарств зависят от того, что позволяет оплачивающая сторона. С того момента, когда целью большей части планов индивидуальных медицинских программ стала материальная выгода, страховщики стали оказывать давление на представителей сферы медицинского обслуживания, чтобы те разрабатывали

рыночно прибыльные планы программ медицинского обслуживания. Врачи потеряли престиж и свободу принятия профессиональных решений, однако пациенты не приобрели такого положения, которое позволяло бы им оказывать влияние на процесс лечения (Фрейдсон 1989). Третья сторона, входящая в процесс предоставления медицинских услуг населению, – это плательщик, то есть большая частная или государственная бюрократическая организация, пытающаяся установить правила игры выгодные только для нее. Под этим имеется в виду ограничение времени пребывания пациента в больнице, назначение спорных операций, выписка больных на дом, нуждающихся в стационарном лечении. Даже во время посещения представителей сферы медицинских услуг члены семьи или друзья больного должны быть готовы выступить в роли “сиделки” (Глэйзер 1991).

Другими важнейшими игроками в системе современной медицины выступают фармацевтические компании, установившие многие, на первый взгляд, нейтральные клинические практики. Потребности как больных, так и здоровых людей, выявленные с помощью маркетинговых исследований определяют направление медицинских исследований в области разработки новых клинических препаратов. Социальное положение создает основы для поведения человека когда он здоров или болен, но нельзя не учитывать и тот момент, что пациенты представляют собой рабочий материал в руках профессионалов, оказывающих им помощь, источник дохода для организационных и финансовых структур системы здравоохранения.

Именно здесь необходим контроль со стороны общества. Но осуществляться он может только в форме этической регуляции, поскольку расширение медиализации не поддается юридической регламентации. Следовательно, *изменение содержания и форм этической регуляции необходимо для того, чтобы человечество, в результате расширения медиализации, не разделилось на две неравные группы: врачи и те, кто их боится. Биомедицинская этика препятствует превращению медицины в форму социального контроля.*

Все эти причины очень тесно взаимосвязаны, данная взаимосвязь и привела к тому, что в 1970 году У.Поттер впервые произнес, вернее, написал, слово БИОЭТИКА.