

Марина Викторовна Чалдышкина

Омский государственный медицинский университет, кандидат философских наук, доцент, Омск, Россия
e-mail: MarinaChald@yandex.ru

О врачебном долге перед лицом коллапса в медицине: этико-философский аспект проблемы

Аннотация. В статье рассматривается категория профессионального долга врача. Ставится вопрос о границах ответственности врача перед пациентами в условиях пандемии 2020 г. Категория врачебного долга рассматривается в ретроспективе, автор соотносит исторические представления о должном поведении врача с современными условиями работы врачей. В статье поднимается вопрос о внутренней мотивации врача следовать профессиональному долгу, исходя из внутренней ориентации личности — «иметь» или «быть». В статье утверждается, что ориентация «быть», реализуемая в профессиональной деятельности врача, может быть только свободным выбором личности. Таким образом, категория врачебного долга из внешних требований к фигуре врача преобразуется в моральное требование врача к самому себе.

Ключевые слова: долг, ответственность, мотивация, здравоохранение, современность.

Marina V. Chaldyshkina

Omsk State Medical University, Candidate of Philosophical Sciences, Associate Professor, Omsk, Russia
e-mail: MarinaChald@yandex.ru

On Medical Duty in the Face of Collapse in Medicine: Ethical and Philosophical Aspect of the Problem

Abstract. The article deals with the category of a doctor's professional duty. The author raises the question of the limits of the doctor's responsibility to patients in the context of the 2020 pandemic. The category of medical duty is considered in retrospect, after which the author correlates the historical ideas about the proper behaviour of a doctor with the modern working conditions of doctors. The article discusses the question of the internal motivation of the doctor to follow the professional duty, based on the internal orientation of the individual — "to have" or "to be". The article states that the orientation "to be", implemented in the doctor's professional activity, can only be a free choice of the individual. Thus, the category of medical duty transforms from external requirements to the figure of a doctor into a moral requirement of a doctor to himself.

Keywords: duty, responsibility, motivation, healthcare, modernity.

Пандемия 2020 г. поставила перед отечественным здравоохранением множество вопросов. И один из них — о границах врачебного долга. Как мы помним, в самый разгар заболевания COVID-19 в диагностических центрах, частных больницах и муниципальных поликлиниках не стало мест для заболевших коронавирусом, а также свободных рук для того, чтобы заниматься всеми, чей иммунитет не справился с болезнью. Было принято решение бросить на передовую борьбы с болезнью тех, кто еще не произнес «Клятву российского врача», но уже выбрал тернистые пути отечественной медицины. Речь, конечно, о студентах-медиках. Возник вопрос, должны ли будущие врачи смотреть в лицо эпидемии с риском для себя и своего здоровья в мирное время, как это было в годы Великой Отечественной войны? Разумеется, мы помним военный плакат «Всё для фронта. Всё для победы». И российские медики, похоже, с лихвой выполнили его призыв.

«Если верить официальной статистике, то получается, что каждый 15-й умерший от COVID-19 в стране — это

медик, — отмечают журналисты. — Это в 16 раз больше, чем в шести странах, где эпидемия приобрела сопоставимые масштабы» [1]. Это печальная статистика, которая заставляет задуматься и о качестве медицины на местах для тех, кто сам ее представляет, и о профессиональном долге врачей. Должны ли они бросаться на амбразуру подобно Александру Матросову, дабы прикрыть собой прорехи отечественной системы здравоохранения? Или категория врачебного долга не предполагает самопожертвования, когда рыба гниет с головы? Обратимся к самому понятию долга.

Долг — базовая категория этики, поскольку сфера морали — это сфера должного в отношении отдельной личности и общества в целом. Со стороны общества категория долга формирует образ должного поведения и маркирует поступки членов общества как правильные и неправильные, достойные повторения или порицания, в то время как отдельная личность реализует в своей деятельности

ценностные нормы, выраженные в форме призыва к должному поведению.

Многие врачи оставили нам моральные максимы, характеризующие должное поведение врача. Нравственные требования к врачу нашли отражения во многих произведениях Гиппократов. В книге «О враче», предназначенной для начинающих врачей, Гиппократ писал: врач «...должен быть справедливым при всех обстоятельствах, ибо во многих делах нужна бывает помощь справедливости...» [2, с. 96–97]. В «Клятве Гиппократов» сформулированы основные принципы должного отношения врача к пациенту и коллегам, даны социальные гарантии и требования профессионального долга: «Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости. <...> В какой бы дом я ни вошел, я войду туда для пользы больного...» [2, с. 87]

В средние века представления о профессиональном долге врача получили развитие в «Каноне врачебной науки» Авиценны [3] и «Молитве врача» М. Маймонида [цит. по: 4, с. 16–17]. Среди важных добродетелей врача, согласно М. Маймониду, — равное отношение к пациентам, не зависящее от их социального статуса, терпение к капризным пациентам и умеренность во всём, кроме жажды познать врачебное искусство.

Христианская мораль привнесла в отношения врача и пациента милосердие, вменив врачам сострадание как часть врачебного долга. Духовно-душевный контакт врача и пациента стал основой терапевтической стратегии в учении Парацельса, который рассматривал физическое тело человека «лишь как дом, в котором обитает истинный человек, строитель этого дома; поэтому, рассматривая и изучая этот дом, нельзя забывать главного строителя и истинного хозяина — духовного человека и его душу» [5, с. 86].

В XIX в. благодаря трудам И. Бентама появился термин «деонтология», давший имя науке о должном профессиональном поведении человека. Вместе с возникновением медицинской деонтологии — «учения о должном поведении врача» — врачебный долг стал регламентироваться правилами работы медицинского персонала и системой взаимоотношений, которая устанавливается в процессе лечения между врачом и пациентом.

Интересно, что В. Д. Петров полагал, что отечественными врачами деонтология понималась «не как свод правил, определяющих профессиональное поведение врача, а как учение о долге врача, о его гражданских обязанностях — не только перед больными, но и перед всем народом. Для отечественных врачей характерна деонтология, проявляющаяся не в высказываниях и декларациях, а в поступках, поведении» [цит. по: 6, с. 92]. Здесь прослеживается связь отечественной медицинской этики с классическими моделями медицинской этики, выраженная в трудах отечественных врачей.

Наиболее широко представления о врачебном долге раскрыты в книге М. Я. Мудрова «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных». В частности, он писал: «Начав с любви к ближнему, я должен бы вам внушить всё прочее, проистекающее из одной врачебной доб-

родетели, а именно: услужливость, готовность к помощи во всякое время и днем и ночью; приветливость, привлекающую к себе робких и смелых; бескорыстие, снисхождение к погрешностям больных... хранение тайны и скрытость при болезнях предосудительных; молчание о виденных или слышанных семейных беспорядках... радушное принятие доброго совета, от кого бы он ни шел, убедительное отклонение вредных предложений и советов: удаление от суеверия, целомудрие» [7, с. 204–205].

Таким образом, в истории медицины были сформированы высокие требования к исполнению врачом своего врачебного долга. Сфера должного поведения, с одной стороны, формируется моральными принципами и требованиями общества к фигуре врача, а с другой — зависит от каждого отдельно взятого врача и реализуется согласно его личной нравственности. И здесь главным вопросом становится вопрос о том, что мы можем требовать от человека в белом халате, поскольку действует он в конкретных исторических условиях, заданных не универсальными моральными принципами, но реалиями современности. Посмотрим на эти реалии.

Введение в клиническую практику большого числа диагностических, лечебных и информационных методов привело к «дегуманизации» современной медицины, к «потере больного». Сегодня врача и пациента разделяют и узкая специализация врача, и сложный комплекс обременительных для пациента исследований, и зависимость врача от лабораторной диагностики. Зачастую перед врачом встает дилемма: персонифицировать лечение и профилактику, исходя из личности больного, или следовать заданным стандартам. Не будем также забывать о либерализации медицины и попытках превратить медицину в вид социального бизнеса, когда перед врачом ставят план по пациентам, требуют от него экономической эффективности.

Традиционно оставаясь в рамках патернализма, медицина благодаря новому этическому принципу — «автономии пациента» — делегирует часть ответственности за здоровье самому человеку. В России получил распространение концепт, согласно которому только 10 % здоровья человека зависит от медицины. Остальные 90 % приходятся на образ жизни, наследственность и экологию [8]. В таком процентном соотношении баланс ответственности за здоровье негласно переносится с врача на пациента — это он оказывается виновен в том, что не здоров.

Таким образом, современный врач занимает нишу где-то между обслуживающим технику персоналом и менеджером среднего звена, к которому обращаются за решением какой-то проблемы. Как это далеко от высоких слов о деле врача Гиппократов: «врач философ подобен Богу» и «где любовь к человеку, там же любовь к искусству». Девальвация ценностей приводит к потере врачами авторитета среди пациентов. И как следствие — профессиональному выгоранию.

Термин «выгорание» был впервые введен в 1974 г. американским психиатром Х. Дж. Фреденбергом [9] для описания клинко-психологического синдрома, возникающего под воздействием хронического стресса, связанного с выполняемой работой. В современной психологии есть несколько моделей профессионального выгорания. На наш взгляд, теоретическое объяснение профессионального выгорания

врачей дает модель «требования к работе — ресурсы для работы». В этой модели все факторы, связанные с профессиональным стрессом, подразделяют на две группы: требования к работе и ресурсы, связанные с исполнением работы. Как мы уже увидели, требования врачебного долга сформированы самые высокие, в то время как ресурсы современного здравоохранения и возможности для его исполнения ограничены.

Что же остается врачу, если он хочет следовать врачебному долгу в духе Гиппократовой этики? Видимо, внутренняя мотивация самого врача — этому духу соответствовать. Э. Фромм в книге «Иметь или быть?» [10] писал об обладании и бытии как двух основных способах существования человека, преобладание одного из которых определяет различия в индивидуальных характерах людей и типах социального характера. Он отмечал, что потребность отдавать, готовность жертвовать собой ради других чаще встречается у представителей таких профессий, как сиделки, медсестры, врачи. Даже когда многие из врачей признают помощь и самопожертвование как свое назначение лишь на словах, сам характер их деятельности соответствует тем ценностям, за которые они выступают. Следовательно, одна из базовых потребностей человека — «быть» — полноценно реализуется во врачебной практике. Но не все люди, имеющие диплом о медицинском образовании, в силу разных обстоятельств, способны «быть» — быть врачами.

И это не только личная проблема отдельного человека с медицинским образованием. Э. Фромм отмечал, что «ориентация на обладание — характерная особенность западного индустриального общества, в котором главный смысл жизни состоит в погоне за деньгами, славою и властью» [10, с. 45]. Россия, претендуя на место в постиндустриальном обществе, остается в плане экономики индустриальной страной, и здравоохранение как часть этой экономики подчиняется законам индустриального общества. Разумеется, ценностная ориентация на то, чтобы иметь: семью, здоровье, достойную оплату труда, возможность отдыхать и учиться — не встречает возражений. Вопрос в том, как уживаются желание хорошей жизни и верность врачебному долгу, когда желание «иметь» входит в противоречие

с необходимостью «быть», подчас не имея ничего или имея совсем немного.

К. К. Платонов [11] одним из первых в отечественной медицине изучал ценностную ориентацию врачей с позиций личностного подхода. В зависимости от направленности личности (иметь или быть) он выделил несколько типов врачей: 1) врач, внутренне ориентированный на традиционные ценности; 2) врач, для которого ориентация на высшие морально-этические ценности носит формальный характер; 3) врач, дезориентированный в отношении личностных ценностей в силу низкого духовного и нравственного развития личности.

Получается, чтобы современный врач мог продолжать традиции Гиппократовской школы вопреки духу времени, ему уже необходимо иметь внутреннюю ориентацию на традиционные ценности врачебной профессии. Это требование должно быть требованием к себе и исходить от самого врача. Как сказано в Библии, «Могущий вместить да вместит» (Ев. от Матфея, 19:12). На наш взгляд, такое понимание врачебного долга напрямую соотносится с категорией долга в философии И. Канта. В «Критике практического разума» Кант писал: «Для людей и для всех сотворенных разумных существ моральная необходимость есть принуждение, т. е. обязательность, и каждый основанный на ней поступок должен быть представлен как долг» [12, с. 471]. Этику Канта можно назвать этикой доброй воли, поскольку моральная необходимость есть чувство долга, которому разумные существа свободно следуют, совершая поступки. Кантовский долг есть чистота нравственного мотива и твердость нравственных убеждений. Это то, что мы ждем от врачей — представителей самой гуманной профессии в мире.

Будем надеяться, что доброй воли российских врачей хватит на исполнение врачебного долга. Будем помнить и изречение Гиппократа о том, что хороший врач должен получать достойный гонорар за свой труд, чтобы думать не о своем пропитании, но о пользе больного. Возможно, что сама система государственного здравоохранения должна повернуться лицом не только к пациентам, но и к врачам. Поскольку личная ответственность соотносится с общественными устоями, и у каждой добродетели есть своя мера.

Библиографический список

1. Литаврин М., Френкель Д., Шулаев Н., Козкина А. В России от коронавируса погибли не меньше 186 медиков — смертность среди них в 16 раз выше, чем в других странах. Исследование «Медиазоны». 2020. 19 мая. URL: <https://zona.media/article/2020/05/19/martyrology> (дата обращения: 07.01.2021).
2. Гиппократ. Избранные произведения : в 3 т. М. : Медгиз, 1936. Т. 1. 736 с.
3. Ибн Сина А. А. Канон врачебной науки. Ташкент : Фан, 1981. 738 с.
4. Юлиш Е. И. Моисей Маймонид и его «Молитва врача» // Юлиш Е. И. Неси свой крест... Очерки о великих, которым мы благодарны. Донецк : Заславский А. Ю., 2010. 75 с.
5. Корженьяц Б. Парацельс // Мир огненный. 1994. № 5. С. 86–87.
6. Федотов В. П. Об этике и долге врача, врачебной деонтологии и врачевании // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2010. № 1–2. С. 88–113.
7. Мудров М. Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных // Избранные произведения. М. : Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949. С. 101–129.
8. Лисицын Ю. П. Теоретико-методологические концепции «общественного здоровья» // Общественные науки и здравоохранение / отв. ред. И. Н. Смирнов. М. : Наука, 1987. С. 48–62.
9. Freudenberger H. Staff burnout // Journal of Social. 1974. Vol. 30. P. 159–165.
10. Фромм Э. Иметь или быть? Ради любви к жизни. М. : Айрис-пресс, 2004. 384 с.

11. Платонов К. К. Личность в медицине // Этико-психологические проблемы медицины / под ред. Г. И. Царегородцева. М. : Медицина. 1978. С. 7–42.
12. Кант И. Критика практического разума // Собр. соч. : в 8 т. М. : Чоро, 1994. Т. 4. С. 311–501.

References

- Fedotov V. P. (2010) Ob ehlike i dolge vracha, vrachebnoi deontologii i vrachevanii. *Dermatovenerologiya. Kosmetologiya. Seksopatologiya*, no. 1–2, pp. 88–113. (in Russian)
- Freudenberger H. (1974) Staff burnout, *Journal of Social*, vol. 30, pp. 159–165. (in English)
- Fromm Eh. (2004) *Imet' ili byt'?* Radi lyubvi k zhizni. Moscow, Airis-press Publ., 384 p. (in Russian)
- Gippokrat. (1936) *Selected Works: v 3 t.* Moscow, Medgiz Publ., vol. 1. 736 p. (in Russian)
- Ibn Sina A. A. (1981) *Kanon vrachebnoi nauki.* Tashkent, Fan, 738 p. (in Russian)
- Kant I. (1994) Kritika prakticheskogo razuma, *Collected Works: v 8 t.* Moscow, Choro, vol. 4, pp. 311–501. (in Russian)
- Korzhen'yants B. (1994) Paratsel's, *Mir ognennyi*, no. 5, pp. 86–87. (in Russian)
- Lisitsyn Yu. P. (1987) Teoretiko-metodologicheskie kontseptsii "obshchestvennogo zdorov'ya", *Obshchestvennye nauki i zdravookhraneniye*, ed. I. N. Smirnov. Moscow, Nauka Publ., pp. 48–62. (in Russian)
- Litavrin M., Frenkel' D., Shulaev N., Kozkina A. (2020) V Rossii ot koronavirusa pogibli ne men'she 186 medikov — smertnost' sredi nikh v 16 raz vyshe, chem v drugikh stranakh. *Issledovanie "Mediazony"*. May 19. Available at: <https://zona.media/article/2020/05/19/martyrology> (accessed: 07.01.2021). (in Russian)
- Mudrov M. Ya. (1949) Slovo o sposobe učit' i učit'sya meditsine prakticheskoi ili deyatel'nomu vrachebnomu iskusstvu pri postelyakh bol'nykh, *Selected Works.* Moscow, Akademii meditsinskikh nauk SSSR Publ., pp. 101–129. (in Russian)
- Platonov K. K. (1978) Lichnost' v meditsine, *Ehiko-psikhologicheskie problemy meditsiny*, ed. G. I. Tsaregorodtseva. Moscow, Medicina Publ., pp. 7–42. (in Russian)
- Yulish E. I. (2010) Moisei Maimonid i ego "Molitva vracha", *Nesi svoi krest... Ocherki o velikikh, kotorym my blagodarny.* Donetsk, Zaslavskii A. Yu. Publ., 75 p. (in Russian)