

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ СРЕДНЕГО ЗВЕНА

И. П. Слюсарева

ГОУ ВПО «Поволжская академия государственной службы им. П.А. Столыпина», г. Саратов

Ключевые слова и фразы: деонтология; этико-деонто-логическая подготовка; медицинская этика; специалист медицинского профиля среднего звена.

Аннотация: В статье раскрываются этико-деонтологические аспекты взаимоотношений специалистов медицинского профиля среднего звена с пациентами. Нравственные и духовные принципы, которые формируются у медицинских работников на основе положений медицинской этики и деонтологии, служащие оценочным критерием готовности медицинских работников среднего звена к качественному выполнению ими профессиональных обязанностей.

История отечественной медицины показывает, как по мере развития и совершенствования методов диагностики и лечения заболеваний повышается роль труда среднего медицинского работника, и в частности медицинских сестер. Развитие медицинской науки и научно-технический прогресс в медицине предъявляют к медицинским сестрам высокие требования. Медицинские сестры стали активными участниками лечебно-диагностического процесса, выступая в роли первых помощников врача.

Для работы медицинской сестре сейчас недостаточно узкого, и даже совершенного профессионализма, нужна и хорошая этико-деонтологическая и психологическая подготовка. Общей деонтологической нормой во взаимоотношении медицинской сестры и пациента является индивидуальный подход к нему на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Такой подход к больному требует учета его психологии, личностных особенностей, отношения к своему заболеванию. Пациент, поступая на лечение в стационар или обращаясь в поликлинику, ожидает от медицинского работника не только профессиональных медицински-обоснованных действий. Он хочет видеть в работе медиков чисто человеческие качества, которые приносили бы уверенность в выздоровлении, облегчали бы ему страдания, повышали бы его жизненный тонус. Поэтому недопустимым является автоматическое, хотя формально и оправданное, выполнение медицинской сестрой своих профессиональных обязанностей. Это может привести к обострению отношения с пациентами, разрыву психологических контактов с ними.

Именно нормы деонтологии оказываются ориентирами и ограничителями применения медицинских навыков и знаний в конкретных случаях. Поэтому этико-деонтологические основания медицины и деятельности медицинских работников в нашем исследовании являются определяющими.

Несмотря на свою стабильность, этические основания медицинской деятельности подвержены различного рода трансформациям. Представления о добре и зле, о долге и чести, носящие общечеловеческий характер, определяют и характер прикладной медицинской этики, определяющей деонтологические нормы профессиональной деятельности медицинских работников. Медицинская этика представляет собой одно из важных средств, обосновывающих многоуровневое социальное регулирование общественных отношений, возникающих в процессе оказания медицинской помощи населению. Представляется обоснованным остановиться, прежде всего, на вопросах, связанных с основными определениями исследуемой сферы общественных отношений.

Достаточное распространение получило определение, в соответствии с которым врачебная этика является разновидностью профессиональной этики, изучающей «совокупность принципов регулирования и норм поведения медиков, обусловленных особенностями их практической деятельности, положением и ролью в обществе» [4, 6].

В том же ключе сформулировано и утверждение: медицинская этика – это «свод требований (принципов, правил и норм) к профессиональной деятельности (поведению) врача (медицинского работника) и к его нравственным качествам» [1].

Существует точка зрения, согласно которой деонтологию необходимо рассматривать, как составную часть врачебной этики или как отдельное направление этики, связанное с непосредственной профессиональной деятельностью медицинских работников. Энциклопедический словарь медицинских терминов приводит определение, в соответствии с которым медицинская деонтология – это «совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при выполнении своих профессиональных обязанностей» [11].

Как справедливо отмечает М.Я. Яровинский, «пациенты могут быть разного пола, возраста, национальности, специальности, социального статуса, состояния здоровья. Однако все они имеют право на то, чтобы медицинский работник видел в них личность, заслуживающую уважения, внимания и сострадания» [12].

Медицинская этика как одна из наиболее развитых разновидностей последней на протяжении тысячелетий стремилась регулировать сложные отношения, возникающие между медицинским персоналом и больными, испытывающими страдания, нуждающимися в особой заботе и внимании и, часто, не только в лечении болезней, но и спасении жизни. Пройдя в своем развитии сложную эволюцию, профессиональная медицинская этика вобрала наиболее универсальные принципы медицинской деятельности, сформировавшиеся в различные эпохи и основанные на нормах морали и нравственности. Эти принципы выступают образующими элементами медицинской деятельности и определяют профессиональное поведение медицинских работников [2, 7, 8].

Древнейший нравственный принцип врачевания – «не навреди» – являлся фундаментом нравственной программы «отца медицины» Гиппократ (460–377 гг. до н.э.). Вопрос об отношении к Гиппократу и его этике со стороны современников остается открытым. В рамках истории медицины традиционно считается, что его авторитет был чрезвычайно высок. Однако анализ упоминаний о Гиппократе в трудах Платона и Аристотеля позволяет сделать вывод о недостаточности оснований для подтверждения прижизненного высокого статуса врача с острова Кос. Подлинная слава пришла к нему значительно позднее, во времена римского врача Галена (130–210 гг. до н.э.), завершителя античной медицинской традиции [9].

По мнению М. Фуко, всплеск римско-эллинистического индивидуализма отводил все более важное место частным аспектам существования, личному поведению и вниманию к самому себе: «Общее представление о «культуре себя» может дать принцип «заботы о себе», которому подчинено искусство существования в различных своих формах» [9]. Этот принцип конституировал социальную практику, предоставив основание для межличностных связей, обменов и коммуникаций; кроме того, он породил определенный способ познания и обработки знания.

В своей «Клятве» Гиппократ сформулировал обязанности медицинского работника перед пациентом. Вопреки традиционному тезису историков об относительно светском характере древнегреческой медицины с первых строк Клятвы обнаруживается глубокую связь с религией. Рациональный характер врачевания, представленного в Корпусе, несомненен. Однако с этическими элементами, несмотря на отказ от слепого суеверного страха перед богами, дело обстоит иначе. Воззрения греческих медиков в этой сфере отличались глубоким смирением и искренним сознанием ограниченности своего знания. В частности, в трактате «О благоприличии» содержатся следующие строки: «...Медицина расположена почтительно относиться к богам...» [9].

По мнению М.Я. Яровинского, если религиозный компонент выступает в качестве основополагающего, то в текстах, суммирующих этические положения (присяги, наставления, кодексы), непременно обнаруживаются следующие профессиональные установки. Во-первых, медицинский работник обязан вести себя «чисто и свято» не только в рамках профессии, но и в личной жизни, – в разных вариантах эта идея реализована как в самой Клятве, так и в ее поздних вариантах. Во-вторых, ему категорически запрещено любое посягательство на жизнь человека. В-третьих, искренняя вера логически ведет к постулированию бескорыстия медицинского работника. Все эти установки можно обнаружить в «Клятве». На их фоне и кристаллизуется принцип «не навреди», как религиозный запрет творить зло [12, 13].

Данный принцип логически определяет все остальные императивы гиппократовской этики, конкретизирующие и раскрывающие его применительно к потенциальным ситуациям: не снабжать никого смертельными ядами; не предоставлять abortивные средства; не вступать в несправедные (в том числе и любовные) отношения с родственниками больного; хранить в тайне сведения о больном, не подлежащие разглашению; не заниматься самовосхвалением; обращаться к коллегам в трудных случаях; быть умеренным в плате за услуги и предоставлять их при необходимости бесплатно; соблюдать опрятность в одежде, не употреблять благовоний и вина при пациенте; быть чистым и порядочным в личной жизни.

Таким образом, гиппократовский корпус на религиозной основе структурирует нравственное пространство медицинской деятельности, превращает его в упорядоченное и непротиворечивое целое.

Принцип не причинения вреда уже в Средние века оказался недостаточным регулятором медицинской деятельности. Происходит переоценка приоритетов: на смену религиозному принципу приходит экономико-правовой, определяемый возвышением корпорации медицинских работников. Немалую роль в интенсификации этого процесса сыграло Возрождение. Именно в этот период происходит гуманизация медицины, переосмысление прежней морали и возврат к человеку.

Наиболее четко тезисы новой медицинской этики были изложены Парацельсом (1493–1541 гг.). Базовым среди них выступает принцип «делай добро». Рассматривая единство человека и природы как связь Микрокосма и Макрокосма, Парацельс ставит вопрос об ответственности человека перед вселенной. Если человек противодействует ее законам, то он вносит разлад в мировую гармонию. Отсюда вытекает утверждение необходимости нравственного самосовершенствования, благодаря которому станет возможным такое взаимодействие человека и универсума, при котором первый способен достойно отдавать и достойно получать [3].

В текстах Парацельса также можно обнаружить влияние принципа «не навреди» (мы полагаем возможным применить этот и другие принципы ко всей сфере медицинской деятельности): «Лучшие из наших известных врачей те, кто приносит наименьший вред... Врачу надлежит быть слугою природы, а не врагом ее; ему надлежит вести и направлять ее в ее борьбе за жизнь, а не воздвигать своим неразумным вмешательством новые препятствия на пути исцеления».

Согласно учению Парацельса, каждый человек наделен от природы тремя силами – Волей, Верой и Воображением. Когда эти скрытые силы пробуждаются в человеке, он становится человеком-Магом, человеком-Творцом, для которого не существует границ жизни и смерти, времени и пространства. Именно здесь заложена установка на творческую активность: «Знание, для которого мы предназначены, не ограничено пределами нашей собственной страны и не станет бегать за нами, но ждет, пока мы не отправимся на поиски его. Никто не сможет овладеть практическим опытом, не выходя из дома, равно как не найдет учителя тайн природы в углу своей комнаты». Медицинский работник должен стремиться к Истине, которая есть Благо и, познав ее, творить добро. Вся сущность отношений пациента и медицинского работника определяется благодеянием последнего, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше.

В модели Парацельса основное значение приобретает патернализм – эмоциональный и духовный контакт медицинского работника с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс [2].

Таким образом, принцип не причинения вреда и принцип «делай добро» дополняют и уравновешивают друг друга: установка на активность ограничивается довольно четкими пределами возможной деятельности. Однако это хрупкое равновесие вскоре нарушается. Развитие капитализма приводит к необходимости преодоления или хотя бы сглаживания противоречий между идеалами патернализма и рынком медицинских услуг. В условиях индустриального общества «...обнаружилось, что традиционные моральные ценности все менее эффективно действуют на профессиональное поведение медицинских работников ... сегодня он должен продавать свое обслуживание... Чем эффективнее становилась медицина, тем сложнее и дороже она была, а медицинскому работнику было все труднее оказывать бесплатную медицинскую помощь». Противоречия и конфликты, разрушившие структуру нравственного пространства медицинской сферы, инициируют попытки медицинского сообщества найти и закрепить нравственные регуляторы, способные примирить реальность и традиционный гуманизм профессии. В качестве пространствообразующего элемента предлагается категория «долг» как основа новой этической программы – деонтологии [5].

Формирование деонтологии связывают с трактатом И.Бентама «Деонтология, или наука о морали». Основывая концепцию утилитаризма, Бентам в качестве критерия добра и зла определял сумму общественной пользы. Несмотря на то, что его рассуждения никак не относились к врачебной деятельности, в дальнейшем термин «деонтология» тесно связали с медициной. Деонтологическая концепция базируется на строжайшем выполнении предписаний морального порядка, соблюдении некоторого набора правил, устанавливаемых медицинским сообществом, социумом, а так же собственным разумом и волей медицинского работника для обязательного исполнения [13].

По мнению М.Я. Яровинского, деонтологическая волна в нашей медицине продолжалась вплоть до 70–80-х гг. XX в., а ее вершиной стало появление в 1988 г. двухтомного руководства «Деонтология в медицине» под редакцией академика Б.В. Петровского. Однако существенными недостатками советской деонтологии были излишняя консервативность и жесткая идеологизация. В итоге нравственное пространство отечественной медицины находилось в изоляции от мировых тенденций, а уровень нравственной рефлексии отставал на полстолетия. Структурирование пространства и попытки его

модернизации осуществлялись либо через «решение сверху», либо самими медиками в закрытом режиме. В итоге и медицинское сообщество, и социум оказались не готовыми к новациям, внедренным в действующую модель здравоохранения [13, 14]. В конце 80-х гг. (после внедрения в ряде западных стран принципа информированного согласия) И.А. Шапов, анализируя деонтологические проблемы, рассматривал проблему сообщения больному о диагнозе. Признавая существование людей, мужественно переносящих известие о тяжелой болезни, И.А. Шапов склонен считать, что решать, кому и что можно сообщить – дело медицинского работника, причем правду о болезни можно сказать скорее в исключительных случаях. Свою позицию автор аргументирует случаями из собственной практики, свидетельствующими о благой силе надежды и неведения [10]. На наш взгляд, приводимые примеры говорят скорее о характерном для рассматриваемого периода нежелании (неготовности) пациента получить информацию о своем состоянии.

В рамках медицины как науки и практики деонтологическая модель нравственного пространства медицины переживает глубокий кризис с окончанием Второй мировой войны. Новая структура духовно-нравственного подпространства не только должна была пресечь попытки использования медицинских технологий в неблагоприятных целях, она должна была опираться на признание прав человека и открытость механизмов принятия нравственно неоднозначных решений [8].

Таким основанием стал биоэтический принцип автономии личности, исходящий из нового ракурса – представления о правах человека в сфере охраны его же собственного здоровья. В этике этот принцип впервые появился еще на ранних ступенях философии Нового времени и был развит затем в работах Локка, Канта, Дж. Милля и др. Современное введение этого принципа в сферу охраны здоровья было вызвано необходимостью для медицинского работника совместно с пациентом решать вновь возникающие моральные дилеммы в области медицины, вызванные бурным развитием биотехнологии, медицинской науки, генетики.

Если содержание деонтологии было направлено на регуляцию деятельности медицинского работника и потому устанавливало его долг и обязанности, то содержание принципа автономии как базового принципа биоэтики выражено на языке интересов и прав. Биоэтика в целом направлена на защиту пациента.

Возложение контроля над соблюдением прав пациента (право выбора, право на информацию и др.) на этические комитеты фактически институализировали биоэтические принципы, превратили их в социальный институт.

Разработка принципа автономии личности осуществлена в особом, возникшем в результате длительного обсуждения, нововведении – принципе информированного согласия, впервые принятом в начале 80-х гг. XX столетия. Этот принцип предполагает сообщение пациенту (до начала лечения) полной информации о его состоянии с учетом прогнозов возможных последствий, объяснение ему возможной степени риска, нежелательных результатов, раскрытие реальных альтернатив, предоставление права изменить решение.

В отличие от практики патернализма, подобное понимание прав человека (больного), его автономии сегодня позволило рассматривать пациента как партнера и соавтора всех принимаемых специалистом медицинского профиля решений, хотя и в этом случае сохраняется риск неавтономного участия пациента в решении своей участи, не снимается его зависимость от условностей, от неспособности правильно понять и оценить пользу и вред для своего здоровья. Информированное согласие опирается на принцип уважения к пациенту и, шире, к человеку в целом. Именно в силу признания этого уважения утверждается, что нужно не скрывать информацию о состоянии больного и о возможных альтернативах лечения от самого пациента, а сообщать ее. И если в начале дискуссии шли вопросы о том, нужно ли сообщать эту правду, то в последние годы центр в обсуждаемых проблемах переместился на вопрос, может ли пациент адекватно воспринять и даже просто понять предоставляемую ему информацию, то есть о компетентности пациента. Но и здесь намечается тенденция в сторону отказа от отношения к пациенту как к полувменяемому существу, подавленному страхом и болью, к признанию его разумным человеком, способным здраво оценить сложившуюся ситуацию и взвесить только ему одному известные «за» и «против» [2].

Немногим позже (в 70-е гг.) в связи с внедрением в медицинскую практику трансплантологии стал очевидным еще один скрытый пласт нравственного пространства, формализовавшийся в моральном принципе справедливости. Трудность определения и реализации этого принципа во многом связана с отсутствием единой теории справедливости, а его важность возрастает в связи с проблемой распределения ресурсов в условиях их дефицита. Более того, главная социальная и моральная проблема медицины в этом аспекте может быть сформулирована следующим образом: имеет ли каждый человек

право на охрану своего здоровья, или такое право является привилегией только состоятельных членов общества?

Идеал оказания медицинской помощи – ее предоставление всем по потребности, на высоком технологическом уровне и при всех возможных состояниях. Примерно с 70-х гг. XX в. выросла доля высокотехнологичных и дорогих вмешательств в суммарном объеме медицинской помощи, что привело к улучшению исходов лечения и одновременно сделало расходы здравоохранения непомерными для общества и индивидов. Использование того или иного вмешательства возможно только при наличии адекватного финансирования медицины как научного комплекса. Порой за применением той или иной диагностической или лечебной процедуры стоит необходимость существования университетов и научно-исследовательских институтов, а стало быть, ее просто нельзя купить, как любую другую услугу. Поэтому современные системы здравоохранения предполагают согласие граждан на объединение своих средств для финансирования медицинской помощи. Граждане через своих представителей в законодательном органе страны утверждают законы, на основе которых платят налоги и обязательные либо добровольные взносы в страховые компании. Так, образуются общие средства, которые идут на лечение болезней отдельных граждан. Поэтому отдельные граждане не могут рассчитывать на использование общих средств без ограничения.

Если в прошлом охрана здоровья и квалифицированная медицинская помощь всегда были в обществе уделом немногих, то в настоящее время право на защиту здоровья рассматривается как одно из фундаментальных прав личности, а его нарушение рассматривается как одна из форм дискриминации.

Проблема заключается в том, как обеспечить справедливое распределение ограниченных ресурсов среди тех, кто в этом нуждается. Этика распределения ресурсов, основанная на нормах нравственности, исходит из соотношения требований справедливости, равенства и обязательств медицинского работника и перед пациентом, и обществом. В современных этических кодексах преобладает гиппократовская точка зрения, в соответствии с которой врач несет ответственность только перед пациентом и независимо от социальных условий и интересов. Однако многие специалисты полагают, что обязательства по отношению к пациенту более не могут рассматриваться как уникальные и безусловные, что должен иметь место баланс интересов между конкретным пациентом и другими людьми – обществом, участниками конкретной программы (например, в случаях трансплантации) и т.д.

Внедрение принципов автономии и справедливости повлекло за собой и изменение представлений о фундаментальных основаниях духовно-нравственного пространства, но не отменило хронологически предшествовавших принципов, хотя их смысловое содержание трансформировалось.

Принцип не причинения вреда в настоящее время предполагает, что здоровье не может считаться единственной целью деятельности медицинского работника, если оно достигается ценой потери пациентом возможности полноценной жизни. Иначе говоря, интерпретация принципа связывается с благополучием пациента. Последнее выступает при этом как многостороннее, интегральное понятие, включающее в себя совокупность самых разных сторон «качества жизни». Лечение воздействует не только на болезнь и даже не на здоровье человека, но на нечто гораздо более важное – его самоощущение, благополучие, жизненные планы, стиль и качество его дальнейшей жизни. Принцип не причинения вреда адресован этим аспектам бытия личности в процессе болезни и лечения. Лимитируя границы медицины, полагаем, что более важной для человека является не медицина, а нравственность, что здоровье не главная нравственная ценность человеческой жизни, что жизнь нельзя минимизировать до состояния здоровья или благополучия биологического организма, что быть здоровым – это не конечная цель и смысл жизни человека, а лишь средство (хотя и очень важное) для достижения других жизненных целей.

Фактически речь идет о нравственных границах лечения. Утверждение новой трактовки этого принципа было вызвано процессом усовершенствования медицинской техники и созданием все более изощренных биотехнологий: многие процедуры (в том числе и диагностические), точно так же, как многие виды лечения, могут наносить вред пациенту, так как имеют далеко идущие последствия.

Принцип «делай добро» трактуется, как обязанность медицинского работника заботиться о максимально возможном варианте физического благополучия пациента. Если принцип не причинения вреда можно выразить в виде одного правила: «никто не должен причинять зло и вред», то принцип благополучия следует выразить в трех правилах: «каждый должен мешать злу и вреду», «каждый должен воздерживаться от зла и вреда», «каждый должен делать добро и способствовать ему». Это означает, что все три формы содействия благополучию включают позитивные действия мешать злу, воздерживаться от него и поддерживать добро, тогда как не причинение зла подразумевает только одно действие – неделание зла. Этим принципом часто приходится жертвовать ради более важных вещей,

например, часто бывает нужно, с согласия пациента, причинить ему меньший вред, чтобы предотвратить больший. Более того, иногда оправданным будет причинить вред одному ради блага многих. Но особенностью этого принципа является то, что его нарушение всегда требует морального оправдания, объяснения принесенного ему нарушения вреда. А медицинскому работнику приходится особенно тщательно объяснять пациенту все свои действия подобного рода. Тенденция в этом случае такова, что принцип работает на пациента: он заинтересован в минимизации причиняемого ему в процессе лечения вреда и максимизации его пользы. Рассматриваемый принцип предъявляет требования к определению стратегии лечения [10, 12, 13].

Нравственные и духовные принципы, которые формируются у медицинских работников на базе положений медицинской этики и деонтологии, служат оценочным критерием готовности медицинских работников к качественному выполнению ими профессиональных обязанностей.

Подводя итог вышесказанному, можно утверждать, что структура этико-деонтологического пространства медицинской деятельности выглядит следующим образом. Принцип автономии личности уравнивает роли медицинского работника и пациента в сфере принятия решений и опирается на признание свободы выбора и самостоятельности человека. Принцип справедливости гарантирует равное распределение медицинских ресурсов между равными в своей автономии и свободе индивидами. Принцип не причинения вреда ограничивает медицинские вмешательства, поскольку предполагает доминирование социального, а не биологического в определении качества жизни, примат самореализации над органическим благополучием. Принцип «делай добро» выступает направляющей активности медицинского работника, позволяет расставить приоритеты в процессе выбора среди возможных вмешательств.

Таким образом, основными морально-этическими и деонтологическими требованиями, предъявляемыми к профессиональной деятельности медицинских работников, являются:

-гуманизм: действия медицинских работников должны быть направлены исключительно во благо пациента и не должны причинять ему заранее предвидимый необоснованный вред;

-профессионализм: действия медицинских работников должны основываться на достижениях науки и практической медицины по вопросам диагностики, лечения и реабилитации пациентов с типичным развитием патологических процессов (заболеваний, отравлений, травм и пр.);

-научная обоснованность: вмешательства, осуществляемые медицинскими работниками, направленные на коррекцию патологического состояния пациента, должны быть основаны на достижениях медицинской науки, и не носить экспериментальный характер;

-самокритичность является одним из важнейших морально-этических требований, предъявляемых к деятельности медицинских работников, поскольку они, как представители ни одной другой профессии, обязаны контролировать свое поведение, предвидеть последствия своих действий в отношении третьих лиц, как в морально-этическом, так и правовом аспектах;

-уважение прав, свобод и достоинства пациентов, родственников пациентов и других лиц, которым могут быть нанесены душевные травмы, причинен ущерб их физическому и психическому здоровью [6].

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что медицинская сфера, представляя собой уникальное нравственное пространство, предъявляет особые требования к качеству профессиональной (и, прежде всего, деонтологической) подготовки будущих медицинских работников, особым образом регулирует нравственные основания профессиональной деятельности и особенности подготовки медицинских работников в стенах образовательных учреждений (в том числе медицинских колледжей).

Список литературы

1. Амиров, Н.Х. Медицинская биоэтика как наука и предмет преподавания / Н.Х. Амиров, В.Ю. Альбицкий, Ф.Т. Нежметдинова // Казанский медицинский журнал, 1998. – №2. – 82 с.
2. Андриянова, Е.А. Биоэтика / Е.А. Андриянова, В.В. Власов. – Саратов, 2003. – 11 с.
3. Гартман, Ф. Жизнь Парацельса и сущность его учения / Ф.Гартман. – М. : 2001. – 173 с.
4. Грандо, А.А. Врачебная этика и медицинская деонтология / А.А.Грандо. – Киев, 1988. – 9 с.
5. Гуггенбюль-Крейг, А. Власть архетипа в психотерапии и медицине / А. Гуггенбюль-Крейг. – СПб., 1997. – 59 с.
6. Пищита, А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России / А.Н. Пищита // Теоретико-правовые аспекты. – М. : ЦКБ РАН, 2008. – 196 с.
7. Радугин, А.А. Этика / А.А. Радугин // Учеб. пособие – М. : Центр, 2003. – 224 с.
8. Семашко, Н.А. Об облике советского врача / Н.А. Семашко // Избранные произведения. – М., 1954. – 242 с.

9. Трохачев, С.Ю. Этика и общая медицина / Гиппократ; С.Ю. Трохачев. – СПб. : Азбука, 2001. – 352 с.
10. Шамов, И.А. Искусство врачевания / И.А. Шамов. – Махачкала, 1987. – С. 119–142.
11. Энциклопедический словарь медицинских терминов: В 3-х томах / Гл.ред. Б.В. Петровский. – М. : Советская энциклопедия, 1984. – Т.1. – 155 с.
12. Яровинский, М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика» (биоэтика) / М.Я. Яровинский. – М., 1999. – 24 с.
13. Яровинский, М.Я. Формирование основных понятий медицинской этики и деонтологии / М.Я. Яровинский // История врачебной деонтологии: V Симпозиум по истории медицины СССР – ГДР. Тез. докл. / М.Я. Яровинский. – М., 1983. – С. 13–17.

Ethic-Deontological Aspects of Middle Medical Specialists Activity

I.P. Slusareva

*Povolzhskaya Akademy of State Service named after P.A. Stolypin,
Saratov*

Key words and phrases: deontology; ethic-deontological training; medical ethics; middle medical specialist.

Abstract: The paper reveals ethic-deontological aspects of interrelations of middle level medical specialists with their patients. Medical specialists' ethic and spiritual principles which are formed on the basis of medical ethics serve as the evaluation criterion of their readiness to qualified work as middle level medical specialists.

© И.П. Слюсарева, 2009