

УДК 378.661:006.03

Академик РАМН В.И.ПЕТРОВ:

**ДЕГУМАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – НОВАЯ
ОПАСНОСТЬ ДЛЯ МЕДИЦИНЫ**

Реализация третьего поколения ГОС высшего профессионального медицинского образования порождает тенденцию его дегуманизации, что противоречит требованиям к профессиональной роли врача. Реформирование высшего профессионального медицинского образования, предполагающее разделение его на два уровня – теоретический и практический с увеличением срока обучения, могло бы решить проблему

Ключевые слова: Государственный стандарт высшего медицинского образования, гуманизация, гуманитаризация, гуманитарные дисциплины

Academician of the Russian Academy of Medical Science's

V.I.PETROV:

**DEHUMANIZATION OF HIGHER EDUCATION - NEW DANGER
TO MEDICINE**

Realisation of third generation of standards of the higher professional medical education generates a tendency for its dehumanization that contradicts requirements to a professional role of the doctor. Reforming of the higher professional medical education, its division into two levels, theoretical and practical with an increase in duration of training, could solve the problem.

Keywords: State standard of the higher medical education, humanization, humanitarisation, humanitarian disciplines.

В последние годы резко увеличилось количество претензий к медицинскому обслуживанию населения. Маркером негативных настроений выступают СМИ, в которых критические материалы на медицинские темы явно превышают количество позитивных отзывов и сообщений об успехах медиков. Проведенное в 2009 году исследование А.В.Кузнецова [1] показало, что по сравнению с 2006-м годом количество негативных публикаций в СМИ на медицинские темы возросло в 5,5 раза. Растет и количество жалоб пациентов на плохое обслуживание, направляемых в различные инстанции [2]. Особый статус медицины как самой гуманной профессии никем не оспаривается, но методы поддержания данного статуса исторически конкретны и зависят от ряда социальных условий. В последней трети

двадцатого века нравственные устои медицины стали нуждаться в дополнительной поддержке в связи с развитием и внедрением новых биотехнологий, интеграции здравоохранения в систему рыночных отношений. В связи с этим в медицинских учреждениях стали создаваться независимые этические комитеты, призванные способствовать защите прав, как пациентов, так и медицинских работников. В западной социологии медицины была разработана концепция потребления медицинских услуг [4], включавшая такие блоки как «культура предоставления медицинских услуг» и «культура потребления медицинских услуг». Была принята Конвенция о биомедицине и правах человека (Овьедо, 1994), которую Россия одобрила, но до сих пор к ней не присоединилась. Появился пакет международных документов, регламентирующих гуманизацию отношений в здравоохранении [5]. Аксиологическая рефлексия межличностных коммуникаций в медицине вышла за рамки корпоративной медицинской этики и деонтологии и появилась новая нормативная дисциплина – биомедицинская этика. Но, как мы видели, удовлетворения пациентам все эти и многие другие подобные мероприятия не принесли. Почему?

Обычно, причины некачественного оказания медицинской помощи связывают с операциональными недостатками: недообследование, халатность, неквалифицированные решения, врачебные ошибки. По результатам клинических экспертиз (заключения КЭК), главной причиной всех недостатков объявляется ... неправильное оформление документации [6]. Не будем спорить. Неправильно оформленная медицинская документация – это плохо. Но еще хуже, когда основной смысл своей деятельности врач начинает видеть в оформлении документации. Ведь именно за это его чаще всего наказывают. А еще – за отклонение от стандартов лечения. Неважно, что каждый пациент – уникальная индивидуальность и требует неординарного подхода. Важно, что больным с одинаковыми диагнозами следует назначать одинаковое лечение, а именно то, которое прописано в стандарте. Видимо, подразумевается, что

коммуникационные навыки врача, культуру поведения с больным, способность учитывать его индивидуальные особенности и особенности его личной жизни квалифицированный медицинский работник уже имеет, его этому научили. К сожалению, не научили.

И здесь мы обращаемся к основе основ – системе медицинского образования, в которой, собственно, и должны закладываться те личностные параметры профессионала, которые позволят ему в будущем делать правильный выбор в рамках предписанных стандартов лечения, отвечать ожиданиям пациента, видящего в нем не просто работника для выписки рецептов, а интеллектуального партнера, сострадающего и понимающего. К сожалению, на протяжении последних лет собственно гуманистическое содержание медицинского образования медленно, но верно выхолащивается. Как это происходит? В период разработки и принятия первого поколения Государственных стандартов высшего медицинского образования¹ еще сохранялся традиционный подход, согласно которому оно включало три основных блока: гуманитарные и социально-политические дисциплины, теоретические дисциплины, клинические дисциплины. Распределение часов в учебных планах в пользу последних не вызывало никаких возражений, ибо клиника – суть профессии. Но тогда еще понимали, что синтез медицинских знаний должен происходить на какой-то общей основе, по каким-то общим принципам. Их формировали гуманитарные дисциплины, на которые в первом поколении стандартов отводилось 1802 часа учебного времени. Во втором поколении стандартов еще присутствовал аналогичный подход, а в третьем, которое начнет реализовываться с 2011 года, гуманитарная подготовка составляет в своей базовой части 26,5 зачетных единиц, т.е. 954 часа. Практически, двойное уменьшение. Посмотрим на предлагаемые изменения с точки зрения формирования компетенций будущих врачей.

¹ ГОС ВПО 1-го поколения утвержден 23 января 1995 года. Цикл ГСЭ – 50 зачетных единиц (тогда – 1802 часа). ГОС ВПО 2-го поколения утвержден для медицинских специальностей 10.03.2000, N госрегистрации 131МЕД/СП, цикл ГСЭ – 1800 часов.

Нам представляется, что основанием для формирования профессиональной целостности личности в высшем профессиональном медицинском образовании является блок ГСЭ. Можно сказать, что гуманитаризация этого образования есть способ его гуманизации. Медицина как субкультура отличается от других составляющих человеческой культуры как раз тем, что она основана исключительно на гуманизме. Понятие «зло» вообще за рамками медицинских профессий. Но как раз этот смысл медицинского образования – воспитание гуманизма, элиминирован в новом поколении Госстандартов. Чтобы пояснить свою мысль, обратимся к фактам.

1. В проекте ГОС нового поколения по специальности «Лечебное» дело и всем остальным медицинским специальностям исчез предмет «Культурология». Это потому, что медицину перестали считать частью культуры?

2. Биоэтика включена в курс философии (почему не в курс правоведения, например?) и предлагается к изучению в первом семестре первого курса. Это для того, чтобы при выходе в клинику студенты уже не помнили о принципах «не вреди», «уважения автономии пациента», о моделях врачевания? Кроме того, никаких ассоциативных связей при изучении данной дисциплины сразу после школы у них не будет. Что поймут они в проблемах эвтаназии, генетического консультирования, вспомогательных репродуктивных технологий, в правилах GCP и GLP, когда и пациента живого в глаза не видели?

3. Курс философии и биоэтики (вместе) сокращен, например, на стоматологических факультетах до 123 часов, половину из которых занимает самостоятельная работа.

То, что в сфере высшего медицинского образования рыночный подход побеждает подход человеческий – не удивительно. Удивительно, что в этом никто не признается. В качестве обоснования для нового учебного плана часто ссылаются на опыт западных стран, в частности, США. Мне довелось изучать американский опыт непосредственно в университетах США. Да,

студенты медицинского университета изучают гуманитарные дисциплины, примерно, в таком же ограниченном объеме, как предлагается в нашем новом учебном плане. Только вот для того, чтобы поступить в университет, им необходимо пройти четырехлетний курс pre-medical education, который включает, в том числе, 260 учебных часов биоэтики, 320 учебных часов философии и т.д. Может быть, следует перенимать зарубежный опыт осмысленно и разделить весь курс высшего медицинского образования на теоретический и практический, увеличив его общую продолжительность?

Девальвация ценностей медицинской профессии начинается с дегуманизации медицинского образования. И если предлагаемые в рамках нового поколения Госстандартов высшего медицинского образования учебные планы будут приняты, этот процесс примет необратимый характер. В результате медицина утратит свой культурологический смысл и станет только ремеслом, а не искусством, хотя ремеслом высокотехнологичным. Биоэтика обречена. Останутся стандарты и законы. Их будет достаточно для регламентации того, чем станет медицина. Человек будет доставлять свой организм для диагностики и лечения так же, как мы сейчас пригоняем автомобиль на ТО и ремонт. Хорошо это или плохо? Будущее покажет, но почему-то очень не хочется, чтобы так было.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Седова Н.Н., Кузнецов А.В. Права пациентов: кто их защищает? // Социальное и пенсионное право. - 2008. - №2. – С.19.
- 2.Цыганова О.А. Обзор судебной практики по делам о возмещении вреда жизни (здоровью) при оказании медицинской помощи// Научные труды IV Всероссийского съезда (Национального Конгресса) по медицинскому праву. - Москва. 10 – 11 декабря 2009 г. – С.316 – 319.
- 3.Бармина Т.В. Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе/ Канд. дис. - Волгоград. - ВолГМУ. – 2009. - С. 97 - 111.

4.Pescosolido B.A., Kronenfeld J.J. Health, Illness and Healing in an Uncertain Era: Challenges from and for Medical Sociology//Journal of health and Social Behavior. – 1995. – Vol.35.

5.Седова Н.Н. Правовые основы биоэтики. - М. - «Триумф». - 2004 – гл.2.

6.Боязитова А.Н. Разработка и внедрение единой системы контроля качества медицинской помощи// Менеджер здравоохранения. – 2005. - № 6 – С.16.