

конфиденциальность обслуживания. Информация должна даваться в соответствии с возрастом и достигнутым уровнем психосоциального развития.

Таким образом, для специалистов, работающих в сфере оказания медицинских услуг подросткам, коммуникативные навыки столь же важны, как и специальные медицинские знания. Это связано с психологическими особенностями подростков, отсутствием навыков самонаблюдения и адекватного выражения своих чувств и мыслей, с чувством недоверия к взрослым, с несерьезным отношением к своему здоровью. Эффективную работу с подростками можно построить только с учетом этих особенностей.

Список литературы

1. Клиники, дружественные к молодежи (пособие для организатора) / П.Н.Кротин [и др.]. - Новосибирск: ЗАО "Новополиграфцентр", 2004. - 300 с.
2. Консультирование подростков и молодежи по вопросам репродуктивного здоровья: пособие для врачей и сред. мед. персонала / Н.Е.Акола [и др.]; редкол. Е.М.Русакова [и др.]; предисл. Е.Л.Богдан; МЗ РБ, ЮНФПА. – Минск: АЛЬТИОРА, 2011. – 258 с.
3. Общение специалиста с подростком / ADOLESMED.ru - портал для специалистов, работающих в сфере подросткового здоровья и медицины [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.adolesmed.ru/adolescent-health/communication.html>. – Дата доступа: 17.10.2012.
4. Прилуцкий, С.В. Особенности коммуникативных умений и общения у подростков с хронической болезнью почек / С.В. Прилуцкий, И.К. Рубан, А.В. Сукало, В.А. Прилуцкая, П.С. Прилуцкий // Материалы IX съезда педиатров(17-18 ноября 2011 года)/УЗ «МОКБ», УО «БГМУ», г. Минск, 2011. – 320 с.
5. Сидоренко, Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии / Е.В. Сидоренко. – СПб.: Речь, 2003. – 208 с.

МОДЕЛИ МОРАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Ефименко Т.Л., 4 к., 1 гр., МДФ

(отделения медицинских сестёр с высшим образованием)

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – ст. преп. Барановская А.В.

Большая часть проблем возникает в медицинской практике там, где ни состояние больного, ни назначаемые ему процедуры сами по себе их не

порождают. В повседневных контактах с пациентами преимущественно не возникает неординарных моральном плане ситуаций.

Наиважнейшая проблема современной медицинской этики состоит в том, что охрана здоровья должна быть правом человека, а не привилегией для ограниченного круга лиц, которые в состоянии себе ее позволить. Сегодня, как впрочем, и ранее, медицина не идет по этому пути. Однако эта норма, как моральное требование, завоевывает все большее признание. В осуществление этого изменения внесли вклад две революции: биологическая и социальная. Благодаря социальной революции, охрана здоровья стала правом каждого человека. Индивиды должны рассматриваться как равные в том, что связано с их человеческими качествами - достоинством, свободой, индивидуальностью. Учитывая право человека на охрану здоровья, исторически сложившиеся модели моральных отношений "врач-пациент" и состояние современного общества можно сформулировать следующие четыре синтетические модели отношений между врачом и пациентом.

1. Модель "технического" типа

Одно из следствий биологической революции – возникновение врача-ученого. Научная традиция предписывает ученому "быть беспристрастным". Он должен опираться на факты, избегая ценностных суждений.

Лишь после создания атомной бомбы и медицинских исследований нацистов, когда за испытуемым не признавалось ни каких прав (опыты, проводимые над заключенными концентрационных лагерей), человечество осознало опасность подобной позиции. Ученый не может быть выше общечеловеческих ценностей. Врач в процессе принятия решения не может избежать суждений морального и иного ценностного характера.

2. Модель сакрального типа

Противоположной к описанной выше модели является патерналистская модель отношений "врач-пациент". Социолог медицины Роберт Н. Вилсон характеризует эту модель как сакральную.

Основной моральный принцип, который выражает традицию сакрального типа, гласит: "Оказывая пациенту помощь, не нанеси ему вреда". В классической литературе по медицинской социологии в отношениях между врачом и пациентом всегда употребляются образы родителя и ребенка.

Однако патернализм в сфере ценностей лишает пациента возможности принимать решения, перекладывая ее на врача. Следовательно, для сбалансированной этической системы необходимо расширить круг моральных норм, которых должен придерживаться медик.

Приносить пользу и не наносить вреда. Ни один человек не может снять моральную обязанность приносить пользу и при этом полностью избежать нанесения вреда. Этот принцип существует в широком контексте и составляет только один элемент всего множества моральных обязанностей.

3. Модель коллегиального типа

Пытаясь более адекватно определить отношение "врач – пациент", сохранив фундаментальные ценности и обязанности, некоторые этики говорят о том, что врач и пациент должны видеть друг в друге коллег, стремящихся к общей цели – к ликвидации болезни и защите здоровья пациента. Именно в этой модели взаимное доверие играет решающую роль.

4. Модель контрактного типа

Модель социальных отношений, которая более всего соответствует реальным условиям, а также принципам описанной выше "биоэтической" исторической модели, – это модель, основанная на контракте или соглашении. В понятие контракта не следует вкладывать юридического смысла. Его следует трактовать скорее символически как традиционный религиозный или брачный обет, который подразумевает соблюдение принципов свободы, личного достоинства, честности, исполнение обещаний и справедливости. Данная модель позволяет избежать отказа от морали со стороны врача, что характерно для модели "технического" типа, и отказа от морали со стороны пациента, что характерно для модели сакрального типа. Она позволяет избежать ложного и неконтролируемого равенства в модели коллегиального типа. В отношениях, основанных на "контракте", врач осознает, что в случаях значимого выбора за пациентом должна сохраняться свобода управления своей жизнью и судьбой. Если же врач не сможет жить в согласии со своей совестью, вступив в такие отношения, то контракт или расторгается, или не заключается вовсе.

В модели контрактного типа у пациента есть законные основания верить, что исходная система ценностей, используемая при принятии медицинских решений, базируется на системе ценностей самого пациента, а множество разных решений, которые врач должен принимать ежедневно при оказании помощи пациентам, будет осуществляться в соответствии с ценностными идеалами больного. Кроме того, модель контрактного типа подразумевает морально чистоплотность и пациента, и врача. Решения принимаются медицинскими работниками на основе доверия. Если доверие утрачивается, контракт расторгается.