

Л.Д.Гудков, Б.Г.Юдин

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ПРАВО НА ИНФОРМАЦИЮ*

Гудков Лев Дмитриевич — кандидат философских наук, заместитель директора ВЦИОМ.

Юдин Борис Григорьевич — доктор философских наук, профессор, главный редактор журнала "Человек".

* Работа выполнена при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований. Проект № 93-06-11141.

В какой степени человек владеет своей жизнью, телом, что он может знать о состоянии своего здоровья, кто распоряжается этим знанием: он сам или государство в лице своих представителей — чиновников, специалистов и т.п.? Априорно можно предполагать, что ответы на подобные вопросы будут различны в обществах разного типа. В нынешней России, как показывают результаты исследования, проведенного в 1994 году Российским национальным комитетом по биоэтике РАН и Всероссийским центром изучения общественного мнения, моральные и антропологические представления не образуют единого пространства регуляции.

Распределение субъективных автономных и гетерономных ориентации (in-directed и out-directed) отражает и морфологическую структуру российского общества, и остаточный характер длительной трансформации социальных отношений, определяемых спецификой модернизационных процессов. За этим стоят и различные, полярные типы этики. С одной стороны, персоналистической, индивидуалистской, характерной для современного сложно дифференцированного и плюралистического общества, предполагающего такие критерии оценки действия, как достижительность, независимость, свободу выбора и информации. С другой — противоположной, коллективистской, хотя и не обязательно традиционной этики групповой солидарности, отказывающей индивидуализированному "Я" в праве определять собственное поведение, судьбу, и в связанной с этим ответственности за себя. Опрос проводился с 10 ноября по 9 декабря 1994 года по всероссийской репрезентативной выборке, отражающей основные социально-демографические, профессиональные и национальные группы взрослого населения России. Объем выборки — 2 957 человек.

В качестве индикатора формирующихся ориентации на себя, автономной этики персональной ответственности в исследовании приняты соответствующие ответы респондентов на ряд вопросов. 1. "Как Вы считаете, имеет ли пациент медицинского учреждения право знать всю правду о состоянии своего здоровья, или врач должен решать, что именно сообщать пациенту?" Вопрос был усилен дополнительным условием (2. "Если состояние пациента безнадежно, имеет ли он право знать всю правду о состоянии своего здоровья, или врач должен решать, что именно сообщать пациенту?") и введением прожективной ситуации (3. "Если бы это касалось лично Вас, хотели бы Вы или не хотели бы в таком случае знать всю правду о состоянии своего здоровья?").

Ответы на первый вопрос распределились следующим образом: 59% респондентов высказались за право пациента получить полную информацию о своем состоянии, 32% отдали такое право врачу ("врач должен решать, что именно следует сообщать пациенту") и 9% затруднились ответить. Соотношение альтернативных реакций (1,82) и незначительный характер колебаний ответов в отдельных социальных группах (+/- 7%) свидетельствуют о том, что доминирующая норма представлений опирается на значимое согласие большинства. Эта норма, как выяснилось, мало связана с идеологическими,

политическими и т.п. предпочтениями (в том числе с отношением респондентов к темам, которые в России обычно относят к правам человека), то есть имеет скорее общекультурный характер. Она утвердилась сравнительно недавно, ее действие в разных слоях общества неравнозначно: чем более модернизирована социальная среда респондента (а параметры модернизации в данном случае молодой возраст, высокий уровень образования, проживание в крупных городах, высокий уровень социальных aspirations, что отражается в высоком доходе, высокий социальный и профессиональный статус и др.), тем выше ориентация на себя и сильнее ценность субъективности, а значит, выше уровень личной самоответственности.

Так, соотношение ответов "пациент имеет право знать" и "врач должен решать, что именно сообщать пациенту" падает от показателя 2,27 у самых молодых до 1,42 у людей старше 55 лет; от 2,48 у учащихся и студентов до 1,61 у пенсионеров и 1,24 у неквалифицированных рабочих, среди которых преобладают пожилые и малообразованные женщины. Эта же зависимость проявляется в отношении имущественного положения, уровня доходов, социально-профессионального статуса и др. Но еще большая разница в ответах наблюдается в зависимости от уровня урбанизированности социальной среды: указанный показатель соотношения ответов респондентов из мегаполисов — Москвы и Санкт-Петербурга — составляет 3,65, тогда как у деревенских жителей он равен 1,26 (совпадая с индексом, характерным для низкостатусных работников).

Эта декларируемая норма автономности сохраняется и даже усиливается при обращении вопроса к самому респонденту: хочет ли он знать всю правду о состоянии своего здоровья в случае безнадежного диагноза. В среднем ответы распределились как 60% к 24% (2,45), при 16% затрудняющихся с ответом. Как и в ответах на первый вопрос, более продвинутые и модернизированные группы обнаруживают более высокую степень самоориентированности и готовности взять на себя ответственность (показатели полярных возрастных групп — 3,39 и 1,83), однако урбанизационные и статусные различия выражены менее отчетливо. Впрочем, эту разницу между молодыми и пожилыми можно объяснить тем, что более пожилым мысль о собственной неизлечимой болезни и смерти представляется не такой абстрактной, как молодым, жизненный опыт позволяет им точнее спрогнозировать свое реальное поведение в подобной ситуации. Но, во всяком случае, и для пожилых показатель намного выше единицы.

Гораздо сильнее проявляются различия между мужчинами и женщинами. У женщин, как показывают данные этого и других исследований ВЦИОМ, так же, как и у пожилых людей в целом, сильнее общая психологическая напряженность, фрустрированность, недовольство жизнью, страхи разного рода, в том числе и перед возможными болезнями, и несколько большая склонность "спрятаться" за врача, передать ему ответственность (у мужчин соотношение ответов — 3,16, у женщин — 2,01).

Обращает на себя внимание значительное расхождение между соотношениями различных ответов на рассмотренный третий вопрос и на второй вопрос ("Если состояние пациента безнадежно, имеет ли он право знать всю правду о состоянии своего здоровья, или врач должен решать, что именно сообщить пациенту?"). В этом случае общее соотношение составляет 47% к 41% (1,15) при 12% затруднившихся ответить. За средними показателями скрываются групповые различия. Можно сказать, что императивы автономной индивидуалистической этики сохраняются, но только в некоторых группах (у молодых, честолюбивых, ориентированных на достижение, с высоким статусом и высоким доходом), другие же более склонны согласиться с утаиванием информации от пациента. Примечательно, что такие реакции более характерны для женщин (1,06 по сравнению с 1,25 для мужчин), для пожилых (0,82 по сравнению с 1,49 для молодых), для респондентов, имеющих низкие доходы (1,02 по сравнению с 1,34 для респондентов с высокими доходами). Для Москвы и Санкт-Петербурга это соотношение составляет 2,0,

тогда как для сельских жителей — 1,08. Образование в данном случае существенной роли не играет.

Выявленное расхождение допускает различные интерпретации. Вполне вероятно, что здесь имеет место психологическая рационализация — "не надо по соображениям гуманности говорить человеку о том ужасном, что его ждет". Во всяком случае, можно зафиксировать, что, несмотря на расширение в последние десятилетия сферы действия модернизированных этических норм, по отношению к смертельно больному человеку в большей степени сохраняется этический патернализм, лишаящий его права на знание о своем состоянии здоровья.

У нас есть возможность сопоставить полученные данные с результатами опроса врачей по аналогичным вопросам. Речь идет о результатах социологического обследования, проведенного среди московских врачей Финским институтом профессиональной гигиены и Институтом социологии РАН [1].

В обследовании 1992 года участвовало около 320 врачей. Среди заданных вопросов были и такие: "Информируете ли Вы пациентов о диагнозе и прогнозе?" (варианты ответов: "обычно нет", "иногда", "часто", "почти всегда"); "Считаете ли Вы, что пациент имеет право знать о безнадежном диагнозе?" ("да", "нет", "затрудняюсь ответить"), "Сообщаете ли Вы своим пациентам диагнозы с безнадежным исходом?" ("обычно нет", "иногда", "часто", "почти всегда", "не приходилось сталкиваться с такой ситуацией").

Сделаем ряд оговорок. Данный опрос проводился на два с лишним года раньше, чем опрос ВЦИОМ. И хотя интервал невелик, за это время российское общество претерпело стремительные и радикальные изменения, которые не могли не сказываться на уровне фундаментальных ценностей и норм. Далее. В выборку были включены только московские врачи. А для москвичей, как уже отмечалось, характерны более модернизированные нормы, чем для россиян в целом. Кроме того, существуют отличия в самом статусе вопросов, относимых к населению в целом, с одной стороны, и к врачам — с другой. В первом случае вопросы затрагивают глубинные слои личностной структуры респондента, хотя и опосредованной механизмами социальной регуляции, но в данной сфере не подвергающейся сколько-нибудь жесткому социальному контролю. Что касается врачей, то информирование пациента, особенно при безнадежном диагнозе, является одной из основных областей, регулируемых профессиональной этикой, так что в этом случае личностная наполненность темы ослабляется. К тому же вопросы явно ориентируют респондента-врача не на диагноз, который относится к нему самому или к близкому человеку, а на состояние пациента.

Следует отметить, по традиции врачебная этика у нас была сильно патерналистской. Это выражалось, во-первых, в том, что именно врач и чаще всего только врач определял, что и как следует сообщать пациенту о состоянии его здоровья, то есть сама проблема информирования воспринималась скорее как техническая, чем как этическая. Во-вторых, за редкими исключениями (связанными с необходимостью получить согласие пациента или его близких на хирургическую операцию, связанную с риском для жизни) безраздельно господствовала концепция "святой лжи", проводившаяся и во всех руководствах по медицинской деонтологии.

Впрочем, в 1993 году, в период между рассматриваемыми опросами, были приняты "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", где впервые в нашей стране юридически зафиксировано право пациента на информацию о состоянии своего здоровья (или на отказ от такой информации — но в любом случае выбор должен исходить от пациента), даже если он безнадежно болен. Вряд ли кто из пациентов знает об этих законодательных новшествах; по-видимому, не особенно информированы о них и врачи.

К сожалению, в опросе ВЦИОМ ни врачи, ни даже работники здравоохранения не были выделены в отдельную категорию, что позволило бы как-то оценить динамику изменений во мнениях врачей. Вопрос "К какой отрасли народного хозяйства относится

предприятие (организация), являющееся Вашим основным местом работы?" среди семи возможных ответов включал: "образование, дошкольное воспитание, здравоохранение, культура, искусство, наука, спорт"; его выбрали 12,7% респондентов. Соотношения альтернативных ответов для этой группы составили 1,93 по первому вопросу, 1,07 по второму, 2,13 по третьему, что близко к средним показателям.

В целом в ответах на первый вопрос — наименее ценностно и эмоционально нагруженный — мнения врачей и населения оказались достаточно близкими. Среди врачей 11% ответили "обычно нет", 19% — "иногда", 30% — "часто" и 40% — "почти всегда". Таким образом, 70% респондентов признали информирование пациентов о диагнозе и прогнозе своей обычной практикой. (Аналогично ответили на вопрос "Информируете ли Вы своих пациентов о методах лечения?" 61% респондентов, а на вопрос "Обсуждаете ли Вы с пациентами способы и методы лечения?" — 42%). Напомним, что среди населения в целом 59% считают, что пациент вправе знать все о состоянии своего здоровья, а среди москвичей и петербуржцев так считают 73,5% опрошенных.

Среди врачей в возрасте до 30 лет ответы "часто" и "почти всегда" выбрали 74% опрошенных, а в самой старшей возрастной группе (51-65 лет) — 67%. Разница в 7% равна разнице в доле респондентов, ответивших "обычно нет", соответственно 9% и 16%. Таким образом, как правило, врачи признают за пациентами право знать диагноз и прогноз заболевания.

Ситуация резко меняется, если речь идет о диагнозе с безнадежным исходом. В этом случае врачи гораздо реже склонны информировать пациентов о диагнозе, чем пациенты — по крайней мере потенциальные — быть информированными. Лишь 27% врачей считают, что пациент имеет право знать о безнадежном диагнозе, тогда как 46% придерживаются противоположного мнения (соотношение — 0,59), и это при 27%(!) затруднившихся ответить. Вместе с тем среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга 61% дает пациенту такое право при постановке вопроса в общем виде и 71% — если речь идет о собственном безнадежном диагнозе.

Учитывая сказанное выше о традиционных нормах нашей врачебной этики, полученные данные можно оценить и как заметный отход от патерналистских образцов. Это особенно заметно, если принять во внимание распределение ответов в зависимости от возраста респондентов. Так, среди врачей в возрасте до 30 лет доля ответивших "да" (38%) почти равна доле ответивших "нет" (40%) при наименьшем числе затруднившихся ответить (22%). Одновременно в старшей возрастной группе (51-65 лет) утвердительно ответили только 25% респондентов, отрицательно — вдвое больше. Такое распределение позволяет с определенной долей вероятности прогнозировать усиление антипатерналистских установок среди врачей.

Особенно показательны различия в позициях между врачами — мужчинами и женщинами. Среди мужчин соотношение ответивших утвердительно (41%) и отрицательно (31%) составляет 1,32, тогда как среди женщин (соответственно 20% и 53%) — только 0,32 при совпадающей доле затруднившихся ответить. Следует сказать, что в выборке московских врачей число мужчин и женщин соотносилось как 1:2, что соответствует общему распределению в этой профессиональной группе. Таким образом, при выборке, где выравнено распределение по полу, соотношения ответов среди врачей были бы несколько ближе к тем, что характерны для населения в целом.

Что же касается действительного информирования пациентов с безнадежным диагнозом, то значительно меньше респондентов уведомляют пациентов в подобных случаях. Так, ответил "обычно нет" 61% респондентов, "иногда" — 11%, "часто" — 2%, "почти всегда" — 4%, "не приходилось сталкиваться с такой ситуацией" — 22%. Следовательно, лишь 6% опрошенных отмечают, что информирование пациентов о безнадежном диагнозе является для них обычной практикой, и 17% хотя бы иногда информируют пациентов в такой ситуации.

И снова обнаруживается сходная возрастная динамика. Среди врачей в возрасте до 30 лет доля тех, кто никогда не информирует, оказалась наименьшей (51%), а в возрастной группе 51-65 лет — наибольшей (66%). Заметны, хотя и не столь резко выражены, как при ответе на предыдущий вопрос, и различия между респондентами — мужчинами и женщинами. Среди мужчин никогда не информируют 56%, иногда — 22%, тогда как среди женщин соответственно 64% и 14%.

Сделаем некоторые выводы. Перемены, происходящие в современном российском обществе, носят глубокий характер, затрагивают фундаментальные основы человеческого бытия. И на этом глубинном уровне все более значимыми, особенно среди групп, формирующих и определяющих образцы социальных установок и действий, являются ценности и нормы, акцентирующие личностную автономию, самостоятельный выбор и персональную ответственность. При этом медицинское сообщество настроено более консервативно, чем население в целом. Аналогичные расхождения обнаруживаются и при сопоставлении взглядов по другим проблемам (например, эвтаназии), и отнюдь не только в России. Профессиональные нормы медицинского сообщества, более четко оформленные, при всей своей внутренней динамике, гораздо стабильнее.

Отдельного разговора заслуживает вопрос о соотношении правовой и морально-этической регуляции динамично протекающих процессов. Соответствующие изменения в законодательстве во многом обусловлены рецепцией образцов и норм, принятых в мировом сообществе. И, как выясняется, воззрения российских граждан эволюционируют в том же направлении, хотя на этом уровне было бы трудно предположить осознанное или, тем более, специально организованное заимствование. Вопросом, требующим дальнейшего изучения, остается действительное распространение этих образцов и норм в повседневной медицинской практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юдин Б.Г., Ясная Л.В. Когда надежды нет // Человек. 1994. № 4. С.148-152.