

В.Г. Баласанян,
Г.Л. Микиртичан

ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ В ДЕТСКОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Кафедра акушерства и гинекологии,
Педиатрическая медицинская академия,
Санкт-Петербург

■ Проведен комплексный анонимный социологический опрос детских гинекологов, их пациенток и матерей пациенток. Анкетирование показало, что не все опрошенные врачи правильно понимают и соблюдают принципы медицинской этики и деонтологии, касающиеся медицинской тайны, этики осмотра, информированного согласия и т. д. Это приводит к конфликтам с пациентками и их родителями, к неудовлетворенности оказанной медицинской помощью. Излагаются рекомендации по совершенствованию организационно-деонтологического аспекта службы детской гинекологии.

■ **Ключевые слова:** девочки, детская гинекология, медицинская этика

В современных условиях особую актуальность приобретают принципы соблюдения врачами профессионального мастерства и основ нравственности. Этика в равной мере применима к любой медицинской деятельности, которая в силу своей профессиональной принадлежности не может быть вне морали. Особое место среди медицинских дисциплин занимает детская гинекология, где тесно переплетаются медицинские и моральные проблемы, взаимоотношения личности и общества, репродуктивное и духовное здоровье подрастающего поколения.

Возникновение в разных странах массовых экологических движений, приверженность к нормам здорового образа жизни, предъявление более высоких требований к службам медицины и здравоохранения лишь некоторые проявления современных тенденций. В этих условиях изменились и взаимоотношения между врачом, пациентом и его родственниками, на которые влияют уровень образованности населения и возрастающее внимание к правам человека, в частности, к правам пациента. Весь этот комплекс обусловил дальнейшее развитие медицинской этики и появление интегрированной области — знаний биомедицинской этики (биоэтики), предметом исследований которой стали философские, моральные, теологические, социальные и правовые проблемы, рождающиеся по мере развития биологии и медицины. Термин «биоэтика» был введен известным американским онкологом-исследователем Р.В. Поттером в 1970 г. По его определению, биоэтика — это соединение биологических знаний и человеческих ценностей.

В применении к клинической медицине биоэтика включает в себя классическую медицинскую этику, возникшую тысячелетия назад, и простирается за ее пределы. Любая проблема биоэтики рассматривается исходя из ее основополагающих принципов: принципа автономии личности; принципа информирования пациента о состоянии его здоровья; принципа получения добровольного информированного согласия на любое медицинское вмешательство, в том числе экспериментальное; принципа конфиденциальности, принципа «не навреди»; принципа уважения достоинства и ценности жизни любого пациента; принципа социальной справедливости. Эти принципы, в той или иной степени, закреплены в таких документах как «Всеобщая декларация прав человека» (1948 г.), «Декларация прав ребенка» (1959 г.), «Конвенция ООН о правах ребенка» (1989 г.), в статьях «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993 г.) и других документах.

В практике детского гинеколога принципы биоэтики имеют специфические особенности, обусловленные тем, что ребенок — не достаточно зрелая личность, не обладающая полной автономией, чтобы обоснованно сформулировать свои предпочтения и защитить собственное благополучие. Родители или опекуны, как правило, являются участниками всех взаимоотношений врача с ребенком, наделены моральными и юридическими правами принимать те или иные решения касательно детей. Одна

ко «Основы законодательства...» предоставляют право несовершеннолетнему с 15 лет решать вопросы, касающиеся оказания ему медицинской помощи, самостоятельно.

Специфика работы детского гинеколога требует подчеркнуто точного соблюдения всех принципов медицинской этики. Пациентками детского гинеколога являются дети и подростки, в связи с этим он должен учитывать как анатомо-физиологические особенности их организма, так и возрастные психологические особенности. Часто работа детского гинеколога заключается не только в общении с пациенткой, но и с ее родителями, как правило, с матерью. А в отношении младших девочек все рекомендации врача адресуются матери. Поэтому врач непременно должен также учитывать индивидуальные особенности матери, ее образование, уровень культуры, заинтересованность в здоровье дочери и т.д. Посещение гинеколога даже для некоторых взрослых женщин представляет собой своеобразную стрессовую ситуацию, тем более для девочек и девушек-подростков. Особенно ответственно обращение детского гинеколога с впервые обратившейся к врачу юной пациенткой. Перед визитом к гинекологу девочки испытывают чувство стыдливости, страха неизвестности и боязнь боли при обследовании. Поэтому врач должен принимать во внимание всю гамму переживаний девочки.

К сожалению, сегодня врачам приходится сталкиваться с семьями с неудовлетворительным социально-экономическим положением, часть родителей — это психопатологические личности, страдающие алкоголизмом, наркоманией. Они не могут должным образом воспитывать и заботиться о здоровье своих детей. В этих условиях задачи детского гинеколога усложняются, ответственность неизмеримо возрастает. Отношение врача к пациентке независимо от ее социального положения, внешнего вида, чистоты тела и одежды, должно быть вежливым, доброжелательным, внимательным. Девочка может быть скованной, неохотно отвечать на вопросы врача, сопротивляться осмотру или наоборот, может вести себя вызывающе, даже быть грубой. В том и другом случае врач обязан не раздражаться, не осуждать свою юную пациентку, а попытаться всеми средствами завоевать ее доверие. Девочка должна поверить, что ей будет оказана необходимая помощь и сохранится в тайне все, что она расскажет врачу. Те же положения должны лежать и в основе взаимоотношений с родителями девочек.

Нарушение деонтологических правил детским гинекологом (недоброжелательность, равнодушие, императивный тон, причинение бо-

ли) травмирует психику девочки и формирует отрицательное отношение к осмотру гинекологом, которое может сохраниться на долгие годы. Одним из важнейших является вопрос профессиональных взаимоотношений детского гинеколога с девочкой и ее родителями. На всех этапах общения с пациенткой и родителями врач беседует с ними: знакомится, собирает анамнез, сообщает диагноз и прогноз, назначает и обсуждает методы лечения, режим и др. В связи с этим должны соблюдаться особые правила этики беседы.

Правильной формой обращения к родителям является обращение по имени-отчеству и исключительно на «Вы», к девочке следует обращаться по имени, к старшей возможно обращение на «Вы». 84,6% родителей младших девочек ответили, что врач обращался к их дочери по имени и 15,4% — по фамилии. Соответственно, к старшим девочкам по имени — 87,6% и по фамилии — 12,4%. Грубым нарушением правил деонтологии является обращение словом «больная». Разумеется, врач должен быть доброжелательным, внимательным, вежливым. Однако 16% опрошенных родителей девочек младшего возраста не сочли доброжелательным и внимательным отношение детского гинеколога к их дочери; только 76,4% старших девочек отметили доброжелательное отношение врача на амбулаторном приеме. Девочки старшего возраста, находившиеся на излечении в стационаре, более довольны отношением врача — 96,8%. Остальные подчеркнули недоброжелательность врача и даже его грубое отношение к ним. 42,3% девочек отметили грубое отношение медсестры. Данные показатели, особенно относящиеся к сестрам, можно оценить как серьезнейшее нарушение медицинской деонтологии.

Этика сбора анамнеза. Основой этики анамнеза является внимательное выслушивание и деликатная постановка вопросов детским гинекологом. 74,9% родителей младших девочек отметили, что врач всегда выслушивал все, что они хотели рассказать ему, 17,1% — иногда выслушивал и 8% — никогда полностью не выслушивал; родители старших девочек отметили, что в 89,9% случаев детский гинеколог всегда выслушивал их и только 10,1% — только иногда; ответов «никогда не выслушивал» не было.

Одним из показателей доверия к врачу является откровенность родителей и пациентов. Родителям был задан вопрос, откровенно ли они рассказывают врачу о возникновении болезни у своего ребенка, соблюдении им гигиены и нарушениях назначенного режима. Все родители младших девочек ответили, что они абсолютно откровенны с врачом. Родители старших

девочек чаще умалчивают о нарушениях режима — 11,9%; скрывают несоблюдение гигиены — 7,5% и не полностью откровенны в рассказе о возникновении болезни. 76,9% девочек старшего возраста написали, что они полностью откровенны с врачом, 19,2% — частично откровенны и 3,9% — неоткровенны с врачом.

Этика осмотра предполагает непричинение девочке излишних неприятных ощущений, особенно болевых, учет стыдливости детей, клиническую и деонтологическую обоснованность сложных инструментальных обследований. 40,3% опрошенных нами девочек ответили, что испытывали боль при обследовании. Понятно, что болевые ощущения не всегда зависят от манипуляций врача, здесь имеет значение и само заболевание, и степень чувствительности девочки. Так что однозначно оценить этот показатель сложно, но детским гинекологам надо учитывать, что большой процент девочек испытывает боль при осмотре, и проводить его надо наиболее щадящим методом. По ответам девочек выяснялись реакции врачей на их жалобы, что они испытывают боль при осмотре: 41,7% врачей говорили девочкам, что это естественно и нормально; 19,5% просили девочку потерпеть; 30,6% успокаивали и старались не делать больно; 8,2% вообще не реагировали на жалобы.

В практике детского гинеколога встречаются случаи сопротивления девочки осмотру. Только 11,7% опрошенных врачей написали, что не встречались с этим явлением. Тактика врачей в этих случаях различна и зависит от состояния девочки, контакта с матерью. Положительным является то, что 90,6 из 100 ответивших врачей стараются найти подход, успокоить добиться проведения исследования. Некоторые не осматривают девочку на данном приеме, а после беседы с ней и родителями назначают повторный прием (13,2%). 5,7 из 100 ответивших детских гинекологов не настаивают на осмотре, что вызывает недоумение, так как врач в этом случае практически не выполняет своей функции и тем самым не определяет точно заболевание.

В последние годы этическим правилом врачей всех специальностей является подробное информирование пациента или его законного представителя о сущности болезни, прогнозе, методе диагностики и лечения, а также связанных с ними возможных осложнениях. Все сведения должны быть предоставлены в доступной для понимания форме с учетом индивидуального пожелания родителей и девочки старшего возраста получить данные сведения (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, статья 31). При предоставлении

информации врачи должны учитывать характер взаимоотношений между родителями и девочкой, степень компетентности матери. Если девочке менее 15 лет, врач дает полную информацию матери, а после 15 лет — должно учитываться мнение девочки, насколько она хочет информировать мать о своем состоянии. Оказалось, что полную информацию дают 34,2%, а 8,2% написали, что поступают в зависимости от ситуации.

Кроме того, выяснилось, насколько подробно информация о состоянии здоровья предоставляется девочке. 26,8% врачей ответили, что дают подробную информацию, 51,8% — в общих чертах, 19,6% — в зависимости от ситуации, характера и развития девочки, 1,8% — практически никакой информации. Обоснования предоставления полной информации были следующие: вызывает доверие и более серьезное отношение к выполнению рекомендаций. Предоставление информации только в общих чертах респонденты объяснили нежеланием пугать пациентку, неспособностью младших девочек понять информацию, инфантильностью и неграмотностью старших девочек.

Для врачей всегда является сложным сообщение неблагоприятного диагноза и прогноза. Исходя из современных требований, сообщать об этом надо, однако делать это надо тактично и деликатно, а в некоторых случаях «дозированно», постепенно. Наши исследования показали, что 33,8% врачей сразу сообщают матери неблагоприятный прогноз, 62,2% — постепенно и не сообщают 4%. Врачи, сообщающие прогноз сразу, обосновывают это тем, что с самого начала лечения родители должны помочь девочке серьезно относиться к болезни и совместно с врачом бороться за улучшение состояния, а также тем, что могут потребоваться углубленное обследование, дополнительные консультации, на которые необходимо своевременно получить согласие родителей и старшей девочки. Те, кто сообщает постепенно, написали, что надо подготовить родителей к восприятию неблагоприятного прогноза. При любой тактике сообщения прогноза, сразу или постепенно, необходимо это делать с учетом индивидуальных особенностей матери, всегда убедить в необходимости наблюдения и лечения.

С какого возраста и насколько подробно информировать девочку о неблагоприятном прогнозе? Однозначных рекомендаций дать нельзя. Но тем не менее врач обязан правильно сообщать неблагоприятный прогноз пациенткам с пятнадцатилетнего возраста. До 15 лет сообщение матери неблагоприятного прогноза должно быть обязательным, за исключением случаев ее неадекватного поведения. Прежде

всего, необходимо учитывать психологическое состояние девочки, ее социальное поведение и установки на выздоровление. Сообщение прогноза должно мобилизовать пациентку на активное лечение, а не вызывать негативного отношения к лечению, безразличного отношения к своей дальнейшей судьбе.

Следуя современным тенденциям, закрепленным в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан (статья 31), врач должен обсудить с родителями план обследования и лечения девочки, причем с указанием методов лечения и возможных осложнений при них. Также он должен подробно объяснить режим и правила гигиены девочки. По ответам врачей, 84,3% из них — кто более подробно, кто кратко — обсуждают с родителями план обследования и лечения девочки, 15,7% врачей не считают нужным такое обсуждение. По ответам родителей получены несколько иные данные. Лишь 56,5% родителей девочек младшего возраста ответили, что врач подробно рассказал им о правилах лечения, в том числе назвал назначенное лекарство; только 27,4% родителей написали, что врач объяснил другие методы лечения; о возможных осложнениях детские гинекологи разговаривали с 39,6% родителей, 72,4% матерей отметили подробность сообщения о режиме и гигиене девочки.

Несколько выше показатели по ответам родителей девочек старшего возраста. Так, 72,6% родителей отметили подробный рассказ о лечении, но о возможных осложнениях при лечении родителям старших девочек сообщалось лишь в 38,3% случаев. 75% родителей отметили, что врач подробно рассказывает о режиме и гигиене девочек.

Представляют интерес ответы девочек старшего возраста насколько они осведомлены о назначаемом им лечении. 80,2% девочек, бывших на амбулаторном приеме, ответили, что врач подробно рассказал им о назначенном лечении. С другой стороны, только 58% девочек, находящихся на лечении в стационаре, отметили, что врач объяснял, как их будут обследовать и лечить. После предоставления информации о состоянии здоровья девочки, методах ее обследования и лечения, врач должен получить так называемое «информированное согласие» родителей, а также девочек старше 15 лет, на определенное лечение (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, статья 32). Хотя 56,2% врачей считают, что родители обладают правом выбора метода лечения, но в своей практике лишь 10,6% врачей почти всегда получают согласие на назначаемое лечение; 44,7% — редко интересуются мнением родителей по лечению и столько же врачей вообще не спрашивают согласия роди-

телей на назначаемое лечение. Эти данные подтверждаются ответами родителей: всего 31,9% родителей девочек младшего возраста и 42,9% родителей девочек старшего возраста, написали, что врач советовался с ними по назначенному лечению. При учете любых условий (некомпетентность родителей, социальные условия, отношение к девочке и др.) показатели получения информированного согласия, судя по результатам проведенного исследования, явно не достаточны.

Важно не только назначение лечения и режима, но и точное выполнение назначенного, которое зависит как от врача, его способности убеждения, так и от родителей и пациенток. Чем лучше доверительный контакт между врачом, родителями и пациентками, тем более четко выполняются назначения. Изучалось, как врачи реагируют на случаи невыполнения своих назначений. 74,4 из 100 ответивших врачей ответили, что они стараются убедить, даже используют психотерапевтическое воздействие; 11,9 «запугивают» возможными осложнениями; 9,5 привлекают коллег, заведующих отделениями для убеждения; 9,5 отказывают в лечении и предлагают пойти к другому врачу; 7,1 берут расписку и делают запись в медицинской карте (врачи называли, как правило, 1–2 варианта своих действий). Правильной тактикой является активное убеждение и приглашение при необходимости более опытных коллег.

В современных условиях работа врача часто связана с возникновением конфликтных ситуаций с пациентками и их родственниками. По ответам врачей, только 54,2% из них не имели конфликтов с родителями пациенток; 45,8% имели редкие конфликты, частых конфликтов не отметил ни один врач. Врачами были названы самые различные причины конфликтов, причем один респондент называл одновременно 2–3 причины. Чаще всего конфликты возникали из-за отсутствия нужных лекарств в стационаре. На втором месте среди причин — низкая культура родителей и их неуважение к врачу. Затем следует ряд причин, связанных с поведением врача, нетактичный сбор анамнеза, отказ от осмотра, малый опыт врача и др.

72,5% врачей утверждают, что конфликтов с пациентками у них не было, редкие конфликты отметили 27,5% детских гинекологов. Также основной причиной конфликтов является невыполнение назначений, сопротивление осмотру, низкая культура и дурной характер девочки. Последнюю причину отметили четверть врачей — действительно, характер может затруднять общение, но ведущая роль принадлежит врачу, и он должен постараться найти подход к девочке при любом ее поведении. Возникновение конфликтов в амбулаторных

учреждениях некоторые врачи объяснили недостатком времени для взаимопонимания, что не может служить убедительной причиной.

Необходимость госпитализации также ставит перед врачом ряд этических проблем. Госпитализация детей, особенно младшего возраста, всегда отражается на их психическом состоянии: отрыв от родителей, необычная обстановка, неприятные, болезненные процедуры. Нами были проведены специальные исследования, выясняющие адаптацию детей к стационару. В общесоматических стационарах у 50% девочек полной адаптации не наступало на протяжении всего нахождения в отделении. По нашим наблюдениям, адаптация девочек к гинекологическому стационару проходит еще сложнее. Основными деонтологическими принципами работы медицинского персонала в стационаре является уважение к личности ребенка; одинаковое обращение со всеми детьми, независимо от социального положения родителей; чуткое, внимательное отношение; интерес к духовному миру девочки; разумная организация досуга; клиническое и деонтологическое обоснование методов диагностики и лечения, борьба с болью, соблюдение тайны и профилактика ятрогений.

Родителям и девочкам старшего возраста задавался вопрос — как они оценивают отношение к ним медицинского персонала в стационаре? Родители девочек младшего возраста оценили отношение как хорошее в 55,4% случаев, как удовлетворительное — в 27,3%, как неудовлетворительное — в 18,2%. В качестве обоснования своего неудовлетворения родители называли холодность и недостаток внимания со стороны персонала, 52,4% родителей девочек старшего возраста отметили хорошее отношение медперсонала стационара к ним самим и к их дочерям, 23,2% — удовлетворительное; 24,2% недовольны отношением. Как и родители младших девочек, они объясняли свою неудовлетворенность недостаточным вниманием медиков к дочери. 14,7% старших девочек, находящихся в стационаре, сообщили, что им в больнице все время было скучно и тоскливо; 83,3% — что иногда было скучно и тоскливо, и только 1,6% девочек отметили, что чувствовали себя комфортно. Данные показатели говорят о недостаточной организации досуга в стационаре. Деонтологически неправильным является предложение родителям приобрести лекарства и принести их в стационар, что отметили 64,3% девочек, лежащих в стационаре.

Старшие девочки, находящиеся на лечении в детском гинекологическом детском стационаре, высказали ряд пожеланий. В основном они касаются организационно-бытовой сторо-

ны: наличие бесплатного телефона, улучшение качества питания, обновление постельного белья, увеличение времени прогулок, предоставление более частой возможности пользоваться ванной, организация развлечений в стационаре, создание уюта, более частый выпуск друзей. Среди пожеланий была подчеркнута необходимость улучшения отношений медицинских сестер к пациенткам.

Медицинская тайна (конфиденциальность) является одним из основных принципов медицинской этики. Под медицинской тайной понимаются сведения о болезни, интимной и семейной жизни больного, ставшие известными медицинскими работниками при исполнении ими профессиональных обязанностей (Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, статья 61). Исходя из традиционного понимания медицинской тайны, сохранять ее надо: от посторонних лиц, знакомых, сверстников девочки, родственников, кроме матери и отца. С письменного согласия родителей информацию о болезни девочки можно предоставить ее ближайшим родственникам.

Девочка с 15 лет имеет право на полную конфиденциальность, то есть врач обязан сохранить в тайне от всех, даже матери, результат беседы и обследования девочки, если она просит об этом. Вместе с тем врачу следует убедить девочку, чтобы она сама рассказала матери правду о своем состоянии или разрешила дать ему информацию матери. Но в этих случаях врач, безусловно, должен учитывать характер матери, ее нравственные установки, взаимоотношение матери и дочери. Врач также не должен вести разговоры о болезнях пациенток, называя их фамилии, с членами своей семьи, с коллегами, если они не связаны с обследованием и лечением данной девочки.

Деонтологическим правилом является недопустимость присутствия при осмотре в кабинете одновременно двух пациенток (например, одна одевается, а у другой врач собирает анамнез в целях экономии времени). Вообще обследование девочки в гинекологическом кабинете должно проходить при минимальном числе медицинского персонала: лечащий врач; медицинская сестра данного кабинета и, при необходимости, врач-консультант. В условиях стационара не рекомендуется беседу с больной проводить в общей палате. При проведении обходов, особенно с учебной целью, требуется осторожность при докладе о состоянии больной, сообщаются только общие сведения, а подробный разбор проводится вне палаты. Врачи должны позаботиться, чтобы тайну соблюдал вспомогательный и педагогический персонал лечебно-профилактических учреждений.

Больше всего конфиденциальность нарушается в разговорах с коллегами, которые не имеют отношения к обследованию и лечению данной девочки. Врачи не только рассказывают о болезнях своих пациенток, но и называют их фамилии. Подобная тенденция нарушения тайны в частных беседах с коллегами характерна для врачей почти всех специальностей, о чем свидетельствуют ранее проведенные социологические опросы. По-видимому, многие врачи не считают это нарушением медицинской тайны.

Учитывая специфику работы детского гинеколога, врачам были заданы вопросы, сообщают ли они родителям о том, что девочка начала половую жизнь, и о том, что она мастурбирует, если девочка желает скрыть это 14,5% ответили, что они сообщают матери о том, что девочка живет половой жизнью; 72,7% — не сообщают, а 12,8% подходят индивидуально, учитывая возраст девочки, взаимоотношения в семье, индивидуальные особенности матери. Индивидуальный подход в данном случае является наиболее правильным. Одновременно врач должен постараться убедить девочку, чтобы она сама рассказала об этом родителям. О факте мастурбации, ставшем известным врачу, 20,4% врачей сообщают родителям против желания девочки; 69,4% не сообщают; а 10,2% подходят индивидуально, учитывая возраст девочки и степень мастурбации. По всей видимости, последняя группа врачей наиболее права. Врачи, сообщающие матери о факте мастурбации, не мотивировали свой ответ, а не сообщающие объяснили, что мастурбация не вредна, что мать может не понять и осудить дочь, а девочка имеет право на неприкосновенность интимных проблем.

Вопросы о сохранении медицинской тайны задавались не только врачам, но также родителям и девочкам старшего возраста. В основном хотят скрыть факт болезни своей дочери родители старших девочек (68%), значителен и удельный вес родителей младших девочек, желающих скрыть заболевание дочери (48,6%). Довольно много девочек желают скрыть свое состояние от родственников (51,8%) и знакомых (71,7%); меньше девочек хотят скрыть своего заболевания от сверстников (47,9%). Почти четверть (24,1%) девочек старшего возраста положительно ответили на вопрос, были ли в кабинете посторонние при осмотре, что является недопустимым.

Если пациенткой является старшая девочка, то врач должен согласовать присутствие ее матери на осмотре с желанием самой пациентки. 83,9% всех опрошенных нами девочек и девушек-подростков написали, что они не хотели бы, чтобы мать присутствовала при осмотре у

гинеколога, однако врачу о нежелательности присутствия матери заявили лишь 14,3% респонденток. Следовательно, врач сам должен задавать вопрос девочке старшего возраста о присутствии ее матери. При анализе всех вопросов, связанных с медицинской тайной, задававшихся как врачам, так и родителям и девочкам, можно рекомендовать детским гинекологам более внимательно подходить к соблюдению медицинской тайны.

Качество работы лечебно-профилактических учреждений во многом зависит от взаимоотношений сотрудников. Общими правилами взаимоотношений являются: субординация, уважение, абсолютная вежливость, доброжелательность, товарищеская взаимопомощь. В рабочее время необходимо обращаться ко всем сотрудникам: врачам, сестрам, всему персоналу учреждения только по имени и отчеству и на «Вы». Одним из показателей взаимоотношений в коллективе является наличие конфликтов. 62,8% детских гинекологов не имели конфликтов со своими коллегами, 37,2% отметили редкие конфликты, на частые конфликты ни один из опрошенных нами детских гинекологов не указал. Больше всего происходит конфликтов по организационным вопросам (нагрузка, расписание работы и т.д.); на втором месте по частоте конфликтов — разногласия в тактике лечения. Кроме того, среди причин конфликтов были названы особенности характера респондентов, а также их коллег, конфликты по бытовым проблемам.

Вероятно, для врачей интересно, как девочки 12 лет и старше представляют себе идеального детского гинеколога. Большинство из них — 60,1% — желают, чтобы детским гинекологом была женщина, 20,4% написали, что лучше женщина, но может быть и мужчина, а для 19,5% пол гинеколога безразличен. Отвечая, какими качествами должен обладать детский гинеколог, опрошенные обычно называли 2–3 качества. 64,3% ответивших девочек хотели, чтобы детский гинеколог был внимательным, доброжелательным, ласковым; чтобы он умел встать на место пациентки; чтобы он был гарантом анонимности (3,7%); спокойным и сдержанным (11,8%); молодым, веселым, честным (12,3%). По мнению 15,9% респонденток, он должен быть прежде всего хорошим специалистом, 12,3 из 100 ответивших пожелали, чтобы врач имел тонкие пальцы и тем самым обеспечивал нежность при осмотре. При некоторой наивности ответов многими качествами, которые названы девочками, детский гинеколог действительно должен обладать. Ответы девочек еще раз подчеркивают важность этических качеств врача. Врач должен, с одной стороны, уметь отстаивать свои взгляды, невзирая

на служебное положение коллеги, а с другой стороны, — признавать его критику.

В любом учреждении, будь это поликлиника или стационар, для плодотворной работы важен хороший контакт врача и медицинской сестры. Прежде всего необходима полная согласованность в рекомендациях. Для этого желательно проведение с каждой новой сестрой беседы, в которой четко определяет не только ее профессиональные обязанности, но и деонтологическое поведение. Безусловно, в отношениях врача и медсестры соблюдается субординация, в то же время врач, особенно молодой, не должен быть высокомерным, разговаривать приказным тоном, безапелляционно отвергать советы сестры.

При обнаружении невыполнения медсестрой назначений или неправильного обращения с девочкой и ее родителями следует в тактичной форме обсудить допущенные погрешности. Лучше всего замечания делать наедине, в отсутствие других медицинских работников. Совершенно недопустимо разбирать ошибки сестры при родителях и детях. Также не рекомендуется делать замечания в начале рабочего дня, потому что это может отразиться на настроении медсестры и тем самым на ее взаимоотношениях с пациентами.

Литература

1. Билибин А.Ф., Царегородцев Г.И. О клиническом мышлении (философско-деонтологический очерк). — М., 1973. — 168 с.
2. Гиляревский С.А., Тарасов К.Е. Этика советского врача. — М., 1979. — 144 с.
3. Давыдов С.Н. Деонтология в акушерстве и гинекологии. — М., 1979. — 142 с.
4. Деонтология в медицине / Под ред. Б.В. Петровского. — М., 1988. — Т. 1–2. — С. 348–414.
5. Деонтология в педиатрии / Под ред. С.Д. Носова. — Л., 1977. — 166 с.
6. Иванюшкин А.А. Профессиональная этика в медицине. — М., 1990. — 220 с.
7. Кассирский И.А. О врачевании // М., 1970. — 272 с.
8. Медицинская этика и деонтология / Под ред. Морозова Г.В., Царегородцева Г.И. — М., 1983. — 270 с.
9. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан. — М., 1993. — Ст. 13–14, 16, 33–35.
10. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Деонтологические проблемы стационарной помощи детям (психологические и этические проблемы детства). — СПб., 1993. — С. 145–157.
11. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Медицинская этика врача-педиатра // В кн.: Веселова Н.Г. Социальная педиатрия: Актуальные проблемы. — Уфа, 1992. — С. 157–171.
12. Суворова Р.В., Микиртичан Г.Л. Ятрогения: история, современное состояние, особенности в педиатрии (медико-социальные и организационные проблемы материнства и детства) / Под ред. Н.Г. Веселова. — 1994. — С. 157–174.

PECULIARITIES OF MEDICAL ETHICS IN CHILDREN'S GYNECOLOGY

Balasanian V.G.,
Mikirtichan G.L.

■ **The summary:** The complex anonymous sociological inquiry of children's gynecologists, their patients and patient mothers was fulfilled. Questionnaires manifested that no all questioned physicians correctly understand and observe the principles of medical ethics and deontology concerning the medical secret, examination ethics, informed agree etc. This leads to conflicts among patients and their parents, to unsatisfactory of the received medical assistance. One gives references on the organizational-deontological aspect improvement for the children's gynecology service.

■ **Key words:** little girls, children's gynecology, medical ethics