

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ  
«КИЇВСЬКИЙ ПОЛІТЕХНІЧНИЙ ІНСТИТУТ  
імені ІГОРЯ СІКОРСЬКОГО»

## ОСНОВИ ДЕОНТОЛОГІЇ

*Рекомендовано Методичною радою «КПІ ім. Ігоря Сікорського»  
як навчальний посібник для студентів, які навчаються  
за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія»  
спеціалізації «Фізична терапія»*

Київ  
КПІ ім. Ігоря Сікорського  
2019

Рецензенти: *Заліток Людмила Михайлівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри філософії та соціально-гуманітарних дисциплін Міжнародного науково-технічного університету імені акад. Ю.Бугая*

*Карпюк Ірина Юрійівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри спортивного вдосконалення «КПІ ім. Ігоря Сікорського»*

Відповідальний редактор:

*Глиняна Оксана Олександрівна, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент*

*Гриф надано Методичною радою КПІ ім. Ігоря Сікорського (протокол №9 від 30.05.2019 р.)  
за поданням Вченої ради факультету біомедичної інженерії (протокол №10 від 24.04.2019 р.)*

*Електронне мережне навчальне видання  
Копочинська Юлія Володимирівна  
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент  
Латенко Світлана Борисівна,  
старший викладач*

## Основи деонтології

Основи деонтології: навчальний посібник [Електронний ресурс] : навч. посібн. для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія»/ укл. Ю.В. Копочинська, С.Б.Латенко; КПІ ім. Ігоря Сікорського. – Електронні текстові дані (558 КБ). – Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. – 87 с.

Навчальний посібник висвітлює теоретичні та практичні основи деонтології, особливості медичної етики і деонтології, взаємовідносини медичних працівників і хворих.

Адресовано викладачам вищих навчальних закладів, фахівцям фізичної терапії, ерготерапевтам, лікарям, медпрацівникам, психологам, соціальним працівникам, студентам, слухачам підвищення кваліфікації.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	4
<b>РОЗДІЛ I. ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ</b>	6
1.1. Прикладна етика	12
1.2. Специфіка й різновиди професійної етики	14
1.3. Психологічні аспекти медичної деонтології	16
1.4. Поняття про лікарські помилки та лікарські таємниці	22
1.5. Правові аспекти роботи медичних працівників	31
1.6. Особливості взаємовідносин медичних працівників і хворих	39
<b>РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ</b>	48
2.1. Особливості медичної етики і деонтології у терапевтичних відділеннях	48
2.2. Особливості медичної етики і деонтології в хірургічних відділеннях	51
2.3. Особливості медичної етики і деонтології в акушерсько-гінекологічній клініці	54
2.4. Особливості медичної етики і деонтології в педіатрії	57
2.5. Основні деонтологічні підходи в онкології та психіатрії	66
2.6. Етичні проблеми в сучасній психотерапії та геронтології	77
<b>Контрольні запитання</b>	84
<b>ВИСНОВКИ</b>	85
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ</b>	86

## ВСТУП

Поняття «Деонтологія» вперше з'явилося в XVIII в. Цей термін запропонував англійський філософ, правознавець, священник І.Бентам у своїй книзі «Деонтологія, або наука про мораль», який вклав у це поняття релігійно-етичний зміст, розглядаючи деонтологію як вчення про належну поведінку кожної людини для досягнення своєї мети.

Слово «деонтологія» походить від двох грецьких слів: *deontos* означає належне і *logos* - вчення. Таким чином, деонтологія — це вчення про обов'язок медичного працівника, сукупність етичних норм, необхідних йому для виконання своїх професійних обов'язків. Іншими словами, деонтологія — це практичне втілення морально-етичних принципів у діяльність лікаря, середнього й молодшого медичного персоналу.

В.М. Бехтерев у 1898 році писав: «Всякий знає, яку магічну оздоровлюючу дію може нести одне втішне слово і, навпаки, як убивчо, в буквальному сенсі слова, діють на хворого суворий холодний вирок лікаря, який не знає або не бажає знати сили навіювання».

Крилатий вислів В.М. Бехтерева: «якщо хворому після розмови з лікарем не стає легше - це не лікар». Розумним, тактовним словом можна підняти настрій хворого, вселити в нього бадьорість і надію на одужання і в той же час необережним словом можна глибоко поранити хворого, викликати різке погіршення його здоров'я. Важливо не тільки, що говорити, а й як, навіщо, де говорити, як відреагує той, до кого звертається медичний працівник: пацієнт, його родичі, колеги і т.д. Основою взаємин є слово, що було відомо ще в давнину: «лікувати треба словом, травами і ножем», одну і ту ж думку можна висловити по-різному. Одне і те ж слово люди можуть зрозуміти по-різному, в залежності від свого інтелекту, особистісних якостей і т.д. Не тільки слова, але й інтонація, вираз обличчя, жести мають велике значення у взаєминах з хворим, його родичами, колегами.

Медик повинен володіти особливою «чутливістю до людини», володіти емпатією - здатністю співчувати, ставити себе на місце хворого. Він повинен уміти зрозуміти хворого і його близьких, вміти слухати «душу» хворого, заспокоїти і переконати. Це свого роду мистецтво, причому, нелегке. У розмові з хворим неприпустимі байдужість, пасивність, млявість. Хворий повинен відчувати, що його правильно розуміють, що медичний працівник ставиться до нього з щирим інтересом.

## РОЗДІЛ І. ЗМІСТ ПРОФЕСІЙНОЇ ЕТИКИ ТА ДЕОНТОЛОГІЇ

Професійні етики, як правило, стосуються тих видів професійної діяльності, наслідки або процеси якої впливають на життя й долі інших людей або людства. У зв'язку із цим у даний момент можна виділити традиційні види професійної етики, такі, як педагогічна, медична, юридична, етика науковця, і порівняно нові, поява або актуалізація яких пов'язані зі зростанням ролі «людського фактора» у даному виді діяльності (наприклад, інженерна етика) або посиленням його впливу в суспільстві (журналістська етика). Особливе місце займає етика ділового спілкування, оскільки вона виступає як у ролі самостійної професійної етики ( для менеджерів, підприємців і ін.), так і в якості елемента етики інших професій (педагога, юриста, інженера).

Медична деонтологія – розділ прикладної етики, що вивчає медичну етику, правила й норми взаємодії лікаря з колегами й пацієнтами. Основні принципи медичної етики сформулював Гіппократ. Деонтологія (грец. δέον – належне; λόγος – вчення) – частина етики, предметом якої є вчення про обов'язок людини перед іншою людиною й суспільством у цілому.

Медичною деонтологією називається вчення про належну поведінку медичних працівників, що сприяє створенню найбільш сприятливої обстановки для одужання хворого. Таким чином, теоретичною основою деонтології є медична етика, а деонтологія, проявляючись у вчинках медичного персоналу, являє собою практичне застосування медико-етичних принципів.

Предмет дослідження деонтології об'ємніше предмету етики, оскільки, поряд з вивченням властивостей моралі, займається дослідженням і регламентацією взаємин лікаря із суспільством (державою), із хворими і їхніми родинами, з іншими лікарями й медпрацівниками. Сучасна медична деонтологія містить у собі: питання дотримання лікарської таємниці; заходи щодо відповідальності за життя й здоров'я хворих; проблеми взаємин у

медичному співтоваристві; проблеми взаємин із хворими і їхніми родинами; правила щодо інтимних зв'язків між лікарем і пацієнтом.

Медична деонтологія - професійна етика фахівців галузі охорони здоров'я, сукупність необхідних етичних норм і приписів для медичних працівників у здійсненні професійної діяльності.

**Етика медичного працівника** — це частина загальної етики, наука про моральність і поведження лікаря у сфері його діяльності, що включає в себе сукупність норм поведження та мораль, визначення почуття професійного обов'язку, честі, совісті й гідності лікаря. Вона являє собою "сукупність принципів регулювання й норм поведження медиків, зумовлених особливістю їхньої практичної діяльності, положенням і роллю в суспільстві".

**Деонтологія включає:**

1. Питання дотримання лікарської таємниці.
2. Заходи відповідальності за життя і здоров'я хворих.
3. Проблеми взаємин в медичному співтоваристві.
4. Проблеми взаємин з хворими і їх родичами.

**Основними завданнями медичної деонтології є:**

1. Вивчення принципів поведінки медичного персоналу, спрямованих на досягнення максимальної ефективності лікування хворих і профілактики захворювань.
2. Аналіз взаємовідносин між медиком і хворим та його родичами, а також між медичними працівниками в колективі.
3. Попередження і виключення несприятливих факторів у медичній діяльності та усунення шкідливих наслідків неякісної медичної роботи.

Ще за 1500 років до н.е. лікарі Древньої Індії давали фахову клятву. Для європейської медицини велике значення має етика старогрецького лікаря Гіппократа (460-370 рр. до н.е.), особливо його знаменита "Клятва".

**Основні положення фахової медичної етики Гіппократа такі:**

1) *повага до життя* ("Я не дам нікому, хто просить в мене, смертельного засобу і не покажу шляху для здійснення подібного задуму, точно так само я не вручу ніякій жінці абортивного пессарія");

2) *заборона на заподіяння шкоди хворому* ("Я направлю режим хворих до їхньої вигоди, утримуючись від заподіяння всякої шкоди і кривди");

3) *повага до особистості хворого* ("У який би будинок я не ввійшов, я ввійду туди тільки для користі хворого, я буду далекий від усього навмисного, несправедливого і згубного, особливо від любовних справ із жінками і чоловіками, вільними і рабами");

4) *лікарська таємниця* ("Що б при лікуванні, а також і без лікування я не побачив або не почув стосовно життя людського із того, чого не варто розголошувати, я замовкну про це, вважаючи подібні речі таємницею");

5) *повага до професії* ("Клянуся поважати того, хто навчив мене лікарському мистецтву, нарівні з батьками. Чисто і непорочно буду я проводити своє життя і своє мистецтво").

#### **Основними принципами медичної етики є:**

- принцип гуманності, поваги людської гідності особистості;
- принцип поваги моральної автономії особистості;
- принцип благодійності;
- принцип справедливості.

Американський лікар Роберт Віч описав чотири моделі взаємовідносин медичних працівників і пацієнтів.

1. **Батьківська, патерналістська** (від лат. *pater* - батько) модель характеризується тим, що медичний персонал ставиться до пацієнтів так, як батьки ставляться до своїх дітей. Тобто лікар або медична сестра самі визначають, у чому полягає благо пацієнта, в основному приймають важливі для пацієнта рішення і беруть, відповідно, велику частину відповідальності при цьому на себе.

"Свята неправда" як приховування правди про діагноз від самого хворого і застосування "*плацебо*" (від лат. *plaseo* - подобатися), тобто



фармакологічно нейтрального засобу, що видається за ефективнодіючі ліки - яскраві приклади батьківського ставлення до пацієнтів.

**2. Інженерна модель** характеризується тим, що лікар або медична сестра зводять свою роль до того, щоб виявляти і відновлювати якісь функції, усувати злами в організмі пацієнта. Міжособистий аспект взаємовідносин медичного персоналу і пацієнтів тут цілком або майже цілком ігнорується. Ця модель може домінувати в кабінетах (відділеннях) рентгенологічного обстеження, функціональної діагностики, у роботі з хворими в несвідомому стані в реанімаційних відділеннях.

**3. Колегіальна модель** характеризується повною взаємною довірою медичного персоналу і пацієнтів. Прямуючи до спільної мети, лікар і медична сестра стають "друзями" хворого. Сам Р. Віч вважає, що така модель суперечить соціальному реалізму. Думаємо, що в цілому це правильно, але не можна забувати і про винятки. Наприклад, у випадках деяких хронічних захворювань пацієнт повинен бути підготовлений не тільки до грамотної оцінки свого стану (рівня артеріального тиску, вмісту цукру в крові або сечі), але і до відповідних заходів самопомоги, наприклад, у кризових ситуаціях.

Контрактна модель у рідкісних випадках може виглядати як юридичне оформлений договір із пацієнтом (наприклад, як "Заява-зобов'язання донора сперми"). Значно ж частіше між медичним персоналом і пацієнтом встановлюється ніби неписана угода, відповідно якої лікар і медична сестра не просто вважають здоров'я хворого пріоритетною метою своєї фахової діяльності, але враховують також ситуації, коли сам пацієнт інакше розуміє це для себе, ніж медичні працівники.

Наприклад, хвора на рак молочної залози відмовляється від рекомендованої їй лікарем радикальної операції з косметичних міркувань. По Р. Вічу, ця контрактна модель допускає послідовну повагу прав пацієнта.

**Основні якості особистості медика:**

1. *Морально-вольові* – співчуття, доброзичливість, совість, щирість, оптимізм, чесність, самовідданість, працелюбство, терпіння, ввічливість, уважність, ніжність, лагідність, мужність, рішучість, скромність, принциповість, почуття власної гідності, ініціативність, дисциплінованість, вимогливість до себе та інших.

2. *Естетичні* – акуратність, охайність, потяг до краси, непримирення до огидного і “сірості” в побуті, прагнення покращити умови, в яких перебуває хворий.

3. *Інтелектуально-пізнавальні* - ерудованість, спостережливість, логічність, прагнення пізнати сутність явища, систематичне підвищення рівня професійних знань і кваліфікації, вміння бути уважним співрозмовником, комунікабельним у спілкуванні з пацієнтами та їх родичами, здатність осмислювати отриману інформацію з виділенням головного й ефективно використовувати її в лікувально-профілактичному процесі.

Вищевказані позитивні якості прикрашають кожну людину, але для медика, ці якості мають бути професійними. Так, слюсар чи тракторист може проявити ніжність і ласку, в основному, у неробочий час, а для медика це невід’ємні службові якості.

**КЛЯТВА ГІППОКРАТА.** Клянуся Аполлоном, Асклепієм, Гігієною і Панакеєю, і всіма богами і богинями, беручи їх у свідки, виконувати чесно, відповідно до моїх сил і розуміння таку присягу і письмове зобов'язання:

- поважати особу, що навчила мене лікарського мистецтва, нарівні з моїми батьками і в разі потреби допомагати їй у всьому;
- її нащадків вважати своїми братами, і де мистецтво, якщо вони захочуть його вивчати, викладати їм безплатно і без будь-якого договору;
- настанови, усні уроки і все інше в науці передавати своїм синам, синам свого вчителя і учням, пов'язаним зобов'язанням і клятвою за законом медичним, і нікому іншому.

Я спрямую режим хворих на їхню вигоду, відповідно до моїх сил і мого розуміння, утримаюся від заподіяння будь-якої шкоди і несправедливості. Я не дам смертельного засобу нікому, хто проситиме його в мене, і не вкажу шляху до такого замислу; так само я не дам ніякій жінці абортивного песарія.

В який би дім я не зайшов, я ввійду туди для користі хворого, далекий від усього зловмисного, неправедного і згубного, особливо від любовних справ з жінками і чоловіками, вільними і рабами.

Що б під час лікування, а також, і без лікування я не побачив і не почув про життя людини, чого не слід коли-небудь розголошувати, я мовчатиму, вважаючи такі речі таємницею.

Мені, який непорушне виконує клятву, нехай буде щастя в житті і в мистецтві і слава поміж усіх людей на вічні часи; тому, хто порушить або дасть неширу клятву, нехай буде протилежне цьому.

**КЛЯТВА ЛІКАРЯ.** Набувши професії та усвідомивши важливість обов'язків, що покладаються на мене, в присутності моїх учителів і колег урочисто клянусь:

- всі знання, сили та вміння віддавати справі охорони і поліпшення здоров'я людини, лікуванню і запобіганню захворюванням, подавати медичну допомогу всім, хто її потребує, незмінне керуватися у своїх діях і помислах принципами загальнолюдської моралі, бути безкорисливим і чуйним до хворих, визнавати свої помилки, гідно продовжувати благородні традиції світової медицини; зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині, дотримуватися правил професійної етики, не приховувати правди, якщо це не зашкодить хворому;
- постійно поглиблювати і вдосконалювати свої знання і вміння, у разі потреби звертатися по допомогу до колег і самому ніколи їм у цьому не відмовляти, бути правдивим щодо колег; власним прикладом сприяти вихованню фізично і морально здорового покоління, утверджувати ідеали

милосердя, любові, згоди і взаємоповаги між людьми. Вірність цій клятві присягаю пронести через усе своє життя.

*Суттєвою особливістю медичної деонтології є її тісний зв'язок із загальною і медичною психологією. Значною мірою це зумовлено тим, що психологія лікувального процесу полягає в тому, що при ньому проходить не лише зустріч з пацієнтом (це має місце і у ветеринарії), але і спілкування з ним, виникає бажання обох бути зрозумілими один одному.*

Для того, щоб стати повноцінним реабілітологом, потрібно не лише дотримуватись таких категорій, як високий професіоналізм, обов'язок, совість, любов до хворого, але і розуміти людей, володіти достатніми знаннями в галузі психології, керувати власними психічними процесами. Без цього не може бути й мови про ефективний вплив на хворого.

Професійна етика як спосіб регуляції поведінки в конкретних видах професійної діяльності Сьогодні існування й функціонування прикладної етики як повноправної частини «великої» етики виступає загальносвітовою тенденцією, а розробка її проблем стає магістральним напрямом розвитку етичного знання в третьому тисячоріччі.

### **1.1. Прикладна етика**

Значення розвитку прикладної етики полягає в тому, що актуалізується й стає усе більш значимою необхідність формування моральної культури людей у самих різних сферах їх життєдіяльності. Реформування суспільства вимагає якісно нової ментальності громадян. Суспільство потребує високорозвиненої громадянської позиції особистості; у новій екологічній свідомості людей; у високій культурі ділового спілкування; у свідомій моральній саморегуляції професіоналів у таких відповідальних сферах діяльності, як педагогіка, медицина, юриспруденція, журналістика.

Прикладна етика й окремі її галузі, такі, наприклад, як професійна, виступають як конкретизація загальнолюдських моральних норм і

принципів стосовно до даних ситуацій, для окремих груп людей, з урахуванням специфіки їх життєдіяльності. У результаті прикладна етика акумулює в собі взаємодію етичної теорії, морального життя й морального виховання особистості.

Розв'язання прикладною етикою цих завдань вимагає:

- виявлення особливостей окремих соціальних і професійних груп: прикладна етика — це етика, що завжди має конкретного адресата, наприклад, «молодь», «педагоги» та ін.;

- виявлення конкретних сфер їх життєдіяльності й аналіз їх специфіки;

- виявлення таких особливостей і ситуацій, які іноді відрізняються від загальних моральних ситуацій, необхідність пояснити, «виправдати» ці відмінності як «неминуче зло» і в той же час мінімізувати їх. При цьому прикладна етика не просто використовує надбання етичної теорії, а перетворює їх у специфічну, практично нову інформацію, підлаштовану для потреб конкретної діяльності або ситуації.

Звідси відбуваються і її основні особливості — у порівнянні із загальною етикою:

- прикладна етика більш спеціалізована й тому більш прагматична;

- вона містить у собі не тільки теорію моралі, але й комплекс позаетичних знань про мораль — соціологічних, психологічних, педагогічних;

- у ній превалує технологічний аспект: вона містить у собі розробку способів і методів впровадження прикладного знання в практику у вигляді проектів, програм, еталонів, моделей, кодексів.

Усі ці особливості характерні й для такого розділу прикладної етики, як професійна етика.

## 1.2. Специфіка й різновиди професійної етики

Професійна етика – сукупність норм і правил, що регулюють поведінку фахівця на основі загальнолюдських моральних цінностей, з урахуванням особливостей його професійної діяльності й конкретної ситуації.

Професійна етика займає важливе місце в системі етичного знання та освіти, виступаючи невід'ємною складовою частиною підготовки й діяльності фахівця.

### **Загальні принципи професійної етики:**

Сутність першого принципу виходить із так званого золотого стандарту: «У межах службового становища ніколи не допускати стосовно своїх підлеглих, до керівництва, до колег, до клієнтів та ін. таких дій, яких би не бажав бачити стосовно себе».

Другий принцип: потрібна справедливість при наділенні працівників необхідними для їхньої службової діяльності ресурсами (грошовими, матеріальними та ін.). професійний обов'язок і особлива форма відповідальності, проф матеріальними та ін.).

Третій принцип вимагає обов'язкового виправлення етичного порушення незалежно від того, коли й ким воно було допущене.

Четвертий принцип – принцип максимуму прогресу: службова поведінка й дії співробітника визнаються етичними, якщо вони сприяють розвитку організації (або її підрозділів) з моральної точки зору.

П'ятий принцип – принцип мінімуму прогресу, відповідно до якого дії працівника або організації в цілому етичні, якщо вони хоча б не порушують етичних норм.

Шостий принцип: етичним є терпиме відношення працівників організації до моральних основ, традицій та ін., що мають місце в інших організаціях, регіонах, країнах.

Сьомий принцип: не слід боятися мати власну думку при вирішенні будь-яких службових питань.

Восьмий принцип – ніякого насильства, тобто «тиску» на підлеглих, що може мати різні форми, наприклад, у приказній, командній манері ведення службової розмови.

Дев'ятий принцип – сталість впливу, що виражається в тому, що етичні стандарти можуть бути впроваджені в життя організації не одноразовим наказом, а лише за допомогою зусиль, що не припиняються, з боку й керівника, і підлеглих.

Десятий принцип – при впливі (на колектив, окремого працівника, на пацієнта та ін.) урахувати силу можливої протидії. Справа в тому, що визнаючи цінність і необхідність етичних норм у теорії, багато працівників у повсякденній діяльності намагаються їм протидіяти.

Одинадцятий принцип полягає в доцільності авансування довірою – почуттю відповідальності працівника, до його компетенції, до почуття обов'язку та ін..

Дванадцятий принцип пропонує прагнути до безконфліктності.

Тринадцятий принцип – свобода, що не обмежує свободи інших.

Чотирнадцятий принцип: працівник повинен не тільки сам дотримуватись етичних норм, а й сприяти такої ж поведінці своїх колег.

Зазначені принципи повинні служити підставою для вироблення кожним працівником власної особистої етичної системи. Зміст етичних кодексів корпорацій бере свій початок із принципів етики.

Професіоналізм як моральна риса особистості. Професійна етика – це сукупність моральних норм, які визначають відношення людини до свого професійного боргу. Професійна етика регулює моральні відносини людей у трудовій сфері. Суспільство може нормально функціонувати, розвиватися тільки за умов безперервного процесу виробництва матеріальних і моральних цінностей. Змістом професійної етики є кодекси поведінки, що пропонують певний тип моральних взаємин між людьми й способи обґрунтування даних кодексів.

Професійна етика вивчає: відносини в трудових колективах і кожного фахівця окремо; моральні якості особистості фахівця, які забезпечують найкраще виконання професійного обов'язку; взаємини усередині професійних колективів, і ті специфічні моральні норми, що притаманні для даної професії; особливості професійного виховання.

Професіоналізм і відношення до праці є важливими характеристиками морального вигляду особистості. Вони мають важливе значення в особистісній характеристиці індивіда, але на різних етапах історичного розвитку їх зміст і оцінка суттєво відрізняються. У класовому суспільстві вони визначалися соціальною нерівністю видів праці, протилежністю розумової й фізичної праці, наявністю привілейованих і непривілейованих професій. 3. Приватні принципи професійної етики Приватні особливості професійної етики містяться в моральному кодексі.

### **1.3. Психологічні аспекти медичної деонтології**

**1. Спостережливість.** Люди суттєво відрізняються між собою за спрямованістю спостережливості. Одні добре помічають усе, що належить до неживих предметів, інші краще бачать особливості внутрішнього світу людини, її душевний стан, переживання, потреби, надії, страхи тощо. Для професійної діяльності медика необхідно розвивати в собі обидва види спостережливості, він повинен помічати, що відбувається в душі людини, розуміти її внутрішній стан, відгадувати її думки.

Принципи медичної деонтології вимагають, щоб дані спостереження за хворим були глибоко осмисленими і стали переконливими. Таким чином, важливим психологічним принципом медичної деонтології є єдність професійної спостережливості, усвідомлення сутності явища і переконання у своїй правоті.

**2. Емоційне забарвлення отриманої і осмисленої інформації.** Медичний працівник повинен відчувати біль і переживання



іншої людини як свої власні. Це допоможе зрозуміти стан хворого і розділити з ним його переживання, що має важливе значення для хворого.

**3. Гуманізм.** Він впливає із самої сутності професії, бо не можна любити професію медика, не люблячи людину.

**4. Милосердя.** Хворий виставляє особливі вимоги саме до особистості медичного працівника, шукає в ньому риси доброти, співчуття, милосердя.

**5. Доброта.** На ній базуються гуманізм і милосердя. Медична деонтологія вимагає від медика бути добрим до хворих, його родичів і близьких. Проте бути добрим не означає бути “добреньким”. Якщо хворий порушує необхідний режим або відвідувачі провокують пацієнта на його порушення, потрібно тактовно, але рішуче заборонити такі дії.

**6.** Доброта, гуманізм і милосердя медика повинні органічно поєднуватись з **рішучістю і принциповістю, делікатністю і тактовністю.** Делікатність і тактовність є проявом внутрішньої інтелігентності людини, яка досягається вихованням. Виховання - це не лише гарні манери, це поняття більш глибоке. Виховання передусім формує внутрішню інтелігентність людини, що включає повагу до людей, уміння встановити з ними контакти.

**7. Совість** – це «внутрішній суддя» вчинків людини. Моральний критерій совісті тісно пов'язаний з розумінням людиною сутності добра і зла, обов'язку та іншими моральними категоріями. Значення совісті в роботі медика є надзвичайно великим. Як би добре не був поставлений контроль, неможливо прослідкувати за кожним кроком медичного персоналу. Лише совість і почуття обов'язку не дозволять халатно ставитись до своїх обов'язків.

**8. Скромність і акуратність** повинні бути і в стилі поведінки, і в зовнішньому вигляді медика. Відповідний стиль одягу і поведінки створює належний імідж медика, який повинен психотерапевтично впливати на хворого і допомагати його одужанню.

**9. Ввічливість і увага до хворого** – це не лише правила етикету. Неввічливе, а тим більше презирливе чи гидливе ставлення до хворого, фамільярність травмують його психіку, що негативно впливає на перебіг недуги.

**10. Оптимізм** є невід’ємною частиною діяльності медика. Медику доводиться брати участь у лікуванні дуже тяжких хворих. Необхідно всіляко переконувати їх у сприятливому результаті. А для цього потрібно самому бути оптимістом, вірити в успіх і різними засобами добиватись його.

**11. Мужність** – це властивість не боятись труднощів у роботі, не ухилятись від відповідальності. Мужність повинна поєднуватись з рішучістю. Інколи в медичній практиці доводиться ризикувати. Але частка ризику повинна бути адекватною обставинам. У лікувальній роботі ризик дозволений лише в межах наявних знань і досвіду.

Спілкування з хворим є могутнім засобом психологічного впливу на його стан. При захворюванні потреба у душевному підбадьорливому спілкуванні здебільшого зростає, лише у важких випадках спілкування обтяжує хворого і він уникає його. Необхідно уважно слухати хворого, відповідати на його запитання або коментувати його думки чітко, переконливо і професійно. У цьому випадку потрібно дотримуватись принципу “слово – срібло, мовчання – золото, а слухання – діамант” (І.Харді).

Стосунки медика з хворим залежить від особливостей психіки хворого, яка багато в чому визначає так звану внутрішню картину хвороби.

**Внутрішня картина хвороби** - це усвідомлення хворим його захворювання, відображення в свідомості хворого його захворювання, цілісне уявлення хворого про своє захворювання, його психологічна оцінка суб'єктивних проявів хвороби. На внутрішню картину хвороби впливають особливості особистості хворого (темперамент, тип вищої нервової

діяльності, характер, інтелект та ін.) У внутрішній картині хвороби розрізняють:

- *чуттєвий рівень*, що припускає хворобливі відчуття хворого;
- *емоційний* - реагування хворого на свої відчуття;
- *інтелектуальний* - знання про хворобу та її оцінку, ступінь усвідомлення тяжкості та наслідків захворювання;
- *ставлення до хвороби*, мотивацію до повернення здоров'я.

Виділення цих рівнів досить умовно, але вони дозволяють медикам більш усвідомлено виробити тактику деонтологічних поведінки з хворим. У патогенезі багатьох соматичних захворювань важливу роль відіграють психологічні фактори.

**Психосоматика** – це одна з найважливіших складових частин медичної психології, що вивчає вплив психологічних факторів на виникнення психосоматичних захворювань. Ставлення хворого до хвороби буває *адекватним і неадекватним*.

**Адекватне ставлення** до хвороби відрізняється усвідомленням свого захворювання і визнанням необхідності вжиття заходів до відновлення здоров'я. Такий хворий проявляє активну партнерську участь в проведенні лікування, що сприяє швидкому одужанню.

**Неадекватне ставлення** до хвороби частіше характеризується кількома типами:

- *тривожний* - безперервне занепокоєння і недовірливість;
- *іпохондричний* - зосереджений на суб'єктивних відчуттях;
- *меланхолійний* - пригнічений, невіра в одужання;
- *неврастенічний* - реакція за типом дратівливої слабкості;
- *агресивно-фобічний* - помисливість, заснована на малоїмовірних побоюваннях;
- *сенситивний* - заклопотаність враженням, яке хворий справляє на оточуючих;
- *егоцентричний* - «відхід» в хворобу;

- *ейфоричний* - наганий настрій;
- *анозогностичний* - відкидання думок про хворобу;
- *ергопатичний* - відхід від хвороби в роботу;
- *параноїчний* - упевненість, що хвороба є чийсь злий умисел;
- *зневажливий* - недооцінка свого стану і відповідне поводження (порушення встановленого режиму, фізичне і психічне перенапруження, ігнорування призначеного лікування і т.д.);
- *утилітарний* - прагнення витягти з хвороби матеріальні і моральні вигоди (без серйозних підстав домагаються звільнення від військової служби, пом'якшення покарання за скоєний злочин) і ін.

Знання внутрішньої картини хвороби допомагає у встановленні деонтологічних грамотного спілкування з хворим, у формуванні адекватного ставлення хворого до свого захворювання, що підвищує ефективність проведеного лікування. Хворі насторожено сприймають слова і невербальні прояви спілкування медиків. Кожне слово, жест, погляд медиків по-різному тлумачиться пацієнтом, що залежить від особливостей його характеру, фізичного і психічного стану, установки і ступеня медичної обізнаності. Людина, що вступила у взаємини з медициною, часто схильна до впливу негативних факторів - **міелогенії**.

Розрізняють такі види міелогеній:

- *егогенії* - негативний вплив хворого на самого себе, обумовлене, як правило, сприйняттям хворобливих проявів самим хворим;
- *егортогенії* - несприятливий вплив одного хворого на інших хворих в процесі їх спілкування, коли хворий вірить іншому хворому більше, ніж лікарю (особливо шкідливо, коли має місце негативна особистісна основа у того, хто впливає);
- *ятрогенії* (від грец. *Iatros* - лікар і *gennaio* - породжує) - несприятливий вплив на хворого з боку медичних працівників в процесі обстеження і лікування.

Розрізняють такі види ятрогенії (при цьому слід пам'ятати, що можуть бути і «німі» ятрогенії, які виникають в результаті бездіяльності):

1) *психогенні розлади*, що виникають як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників (неправильних, необережних висловлювань або дій);

2) *медикаментозні* - несприятливі дії на хворого в процесі лікування медикаментами, наприклад побічна дія лікарських засобів, алергічні реакції);

3) *маніпуляційні* - несприятливі дії на хворого в процесі обстеження (наприклад, перфорація стравоходу в ході фіброгастроскопії) або лікування (наприклад, виразки на шкірі в результаті проведення променевої терапії);

4) *комбіновані*.

З медичною деонтологією тісно пов'язана **ятрогенія** — хворобливий стан, зумовлений діяльністю медичного працівника. До ятрогенії належать захворювання та ушкодження, що виникли внаслідок неправильних дій медичного персоналу щодо лікування хворого. Людина з нестійким психічним станом, який нерідко виникає під час хвороби, дуже вразлива і болісно реагує на всі розмови, що стосуються стану її здоров'я; інколи вона починає віднаходити в себе симптоми вигаданого захворювання. Це стосується і хворої дитини, і її матері, яка дуже стурбована станом дитини. Під час кожного спілкування лікар повинен не тільки переконувати хворого у відсутності вигаданих хвороб, а й вселяти надію на одужання.

**Псевдоятрогенія** – це уявне перебільшення неприємностей, пов'язаних із хворобою. Необережно сказане слово може різко погіршити стан хворого.

Медик не має права демонструвати, що стан хворого безнадійний. Незалежно від душевного стану, на роботі він повинен бути врівноваженим, бадьорим, логічним і рішучим. Важливо інтуїтивно відчувати душевний стан хворого й адекватно впливати на нього психотерапевтично.

В одній ситуації потрібно продемонструвати турботливість і ласку, в інших – суворість і рішучість. Треба пам'ятати, що ніякі зміни і кризи в

державі не повинні впливати на якість медичної допомоги і професійність виконання медиками свого найважливішого обов'язку — рятувати життя і лікувати хворих. Люди, які вирішили присвятити себе медицині, служінню людям, повинні пам'ятати про своє покликання, високу місію і відповідальність перед ними.

#### **1.4. Поняття про лікарські помилки та лікарські таємниці**

Беручи до уваги позитивний міжнародний досвід (міжнародний кодекс медичної етики, міжнародну клятву лікарів та ін.), створено Етичний кодекс лікаря України, де закріплено основні положення медичної етики, кваліфікаційно-ділові та морально-етичні вимоги до медичних працівників.

Указом Президента України від 15 червня 1992 р. затверджено Клятву лікаря України, яку повинні давати випускники вищих медичних навчальних закладів. Вона містить усі найважливіші норми медичної етики і деонтологічні принципи, ураховані міжнародною практикою. Також існують закони, якими передбачено правову відповідальність медичного працівника у разі порушення ним своїх функціональних обов'язків.

**Лікарські помилки.** Навіть досвідчений лікар може припуститися помилки під час обстеження або лікування хворого. Це пояснюється і індивідуальністю організму кожної людини, і недосконалістю медичної техніки, і необхідністю термінового прийняття раціональних та ефективних рішень для рятування хворого.

Кожен медик повинен зробити все для того, щоб не припускатися помилок, оскільки за ним стоїть здоров'я і життя хворого. Це особливо стосується молодих фахівців, коли причина помилки - брак досвіду.

**Лікарські помилки мають наступні об'єктивні і суб'єктивні причини:**

1. Надзвичайну складність медичної професії
2. Вузьку спеціалізацію в медицині
3. Велику довіру до сучасних медичних технологій

4. Індивідуальні особливості організму людини та негативні наслідки застосування будь-яких методів лікування

#### 5. Людський фактор

Про складність медичної професії свідчить термін навчання у ВНЗ та обов'язкове безперервне післядипломне навчання медичних фахівців. Потреба у висококваліфікованих «вузьких» фахівцях має свої позитивні та негативні наслідки. Такий фахівець стає досконалим у певній галузі, і з часом відбувається заміщення професійних знань, які не використовуються.

Сучасні медики менше почали приділяти увагу інформації, яка одержується від самого пацієнта (*anamnesis vitae, anamnesis morbi*) і більше покладалися на медичне устаткування. В результаті склалася парадоксальна ситуація - найдавніший лікарський метод діагностики – опитування хворого та збирання історії хвороби, допомагає правильно визначити захворювання в 70% випадків, а більшість лабораторно-апаратних методів виявилися менш точними. Такі результати були отримані американськими кардіологами при аналізі лікарських помилок. Згідно з даними літератури на частку суб'єктивних причин лікарських помилок припадає 60% від загальної їх кількості.

#### **З юридичної точки зору, лікарські помилки ділять на 3 групи:**

1 група - *діагностичні* — нерозпізнання хвороби або помилковий діагноз;

2 група - *тактичні* — неправильне визначення показань до операції, помилкова тактика лікування та ін.;

3 група - *технічні* — неправильне використання медичної техніки, застосування необґрунтованих діагностичних засобів тощо.

#### **З медичної точки зору помилки поділяються на:**

- деонтологічні;
- діагностичні;
- лікувальні;

*В основі деонтологічних помилок* лежить порушення принципів належної поведінки медика по відношенню до хворого, недотримання лікарем етики лікарської практики.

*Основними причинами діагностичних помилок є:*

- ігнорування або невміле використання анамнезу;
- неповне обстеження пацієнта;
- помилкова трактування клінічних даних;
- помилкова оцінка рентгенологічного та лабораторного дослідження;
- недбалість і поспіх в обстеженні;
- неправильне формулювання діагнозу.

**Доведення вини медичних працівників.** Якісна медична допомога має надаватися у повній відповідності до стандартів діагностики та лікування хвороби. У разі лікарської помилки повинні встановлюватись недоліки надання медичної допомоги, невідповідність дій медичного працівника існуючим в сучасній медицині правилам, нормам, стандартам.

Найбільш вагомим доказом наявності чи відсутності дефектів у наданні медичної допомоги є судово-медична експертиза. Експерт чи група експертів роблять свій висновок на підставі наданої медичної документації і тому кожен медик має вести документацію належним чином.

Всі помилки потрібно розбирати в колективі, на лікарських конференціях із визначенням шляхів запобігання їм. Не слід обговорювати помилки з пацієнтами або їхніми родичами. Грубі помилки медичного персоналу розбирають в установленому законом порядку залежно від шкоди, нанесеної хворому.

Треба пам'ятати, що ніякі зміни і кризи в державі не повинні впливати на якість медичної допомоги і професійність виконання медиками свого найважливішого обов'язку — рятувати життя і лікувати хворих.

**Лікарська таємниця.** Обов'язок збереження інформації про пацієнта покладений на медичних працівників відповідно до Клятви лікаря, що затверджена Указом Президента України від 15 червня 1992 року № 349.



Кожен лікар зобов'язується зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині. Складність збереження інформації про пацієнта, що становить лікарську таємницю, полягає в тому, що *в чинному законодавстві України відсутній єдиний нормативний акт, який би повністю регулював дане питання*. Лікарська таємниця регулюється низкою нормативно-правових актів.

*Право на лікарську таємницю* впливає з положення, закріпленого статтею 32 Конституції України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР (зі змінами і доповненнями), про те, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя.

*Цивільний кодекс України* від 16 січня 2003 р. № 435-IV (зі змінами і доповненнями) надає право фізичній особі на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні (ч. 1 ст. 286).

Практично ідентичною за змістом є *стаття 39-1 «Основ законодавства України про охорону здоров'я»* від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами і доповненнями; далі — *Основи законодавства*). Відповідно до цієї статті пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Нормою, яка найбільше розкриває зміст лікарської таємниці і умови її розголошення є стаття 40 *Основ законодавства*. Так, медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

При використанні інформації, що становить лікарську таємницю в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в тому числі у випадках її публікації у спеціальній літературі, повинна бути забезпечена анонімність

пацієнта. Тут слід зазначити, що поняття «лікарська таємниця» містить виключно дана стаття, в інших нормативно-правових актах мова йде про таємницю щодо певних відомостей про пацієнта.

Законодавство України не містить вичерпного переліку відомостей, які утворюють зміст категорії «лікарська таємниця». Аналізуючи нормативно-правову базу, можна дійти висновку, що об'єкт лікарської таємниці становить інформація про:

- стан здоров'я пацієнта;
- хворобу та діагноз;
- огляд та його результати;
- методи лікування;
- інтимну і сімейну сторони життя;
- інші відомості, одержані при медичному обстеженні.

**Суб'єкти збереження лікарської таємниці.** Суб'єктами збереження лікарської таємниці є не тільки лікарі, а всі медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина. Вказані особи не мають права розголошувати такі відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків.

*Щодо кримінального процесу,* то відповідно до п.1 ч.1 статті 69 Кримінально процесу-ального кодексу України не можуть бути допитані як свідки лікарі — з приводу того, що їм стало відомо при здійсненні професійної діяльності, якщо вони не звільнені від обов'язку зберігати професійну таємницю особою, що довірила їм ці відомості.

*В цивільному процесі* не підлягають допиту як свідки особи, які за законом зобов'язані зберігати в таємниці відомості, що були довірені їм у зв'язку з їхнім службовим чи професій ним становищем, — про такі відомості, це передбачено п. 2 ч. 1 статті 51 Цивільного процесуального кодексу України від 18 березня 2004 р. (зі змінами і доповненнями).

**Порядок розголошення лікарської таємниці.** Лікарська (медична) таємниця повинна бути збережена не тільки лікарями, але й іншими медичними та соціальними працівниками. Розголошення лікарської таємниці несе за собою адміністративну і навіть кримінальну відповідальність. Лікарі та вказані вище особи не мають права розголошувати відомості, що становлять лікарську таємницю, крім передбачених законодавчими актами випадків. Інформація, що становить лікарську таємницю, може бути розголошена без згоди особи, якої вона стосується лише у випадках, передбачених законодавством, зокрема:

1) для організації надання *особі, яка страждає на тяжкий психічний розлад*, психіатричної допомоги (п. 1 ч. 4 ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489-III (зі змінами і доповненнями; далі — Закон № 1489);

2) у випадку надання *медичної допомоги неповнолітньому (до 18 років) або особі, що визнана в установленому законодавством порядку недієздатною* — при наданні інформації про пацієнта законним представникам — батькам (усиновлювачам), опікуну, піклувальнику (ст. 39 Основ законодавства);

3) у випадку провадження дізнання, попереднього слідства або судового розгляду за письмовим запитом особи, яка проводить дізнання, слідчого, прокурора та суду (п. 2 ч. 4 ст. 6 Закону № 1489);

4) *розкриття медичним працівником відомостей про позитивний ВІЛ-статус особи партнеру (партнерам) дозволяється*, якщо людина, яка живе з ВІЛ, звернеться до медичного працівника з відповідним письмово підтвердженим проханням, або якщо людина, яка живе з ВІЛ, померла, втратила свідомість або існує ймовірність того, що вона не опритомніє та не відновить свою здатність надавати усвідомлену інформовану згоду (п. 2 ч. 5 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий та соціальний захист

людей, які живуть з ВІЛ» від 12 грудня 1991 р. № 1972-ХІІ (зі змінами і доповненнями);

5) *розкриття відомостей про лікування особи, яка звернулася до наркологічного закладу*, лише правоохоронним органам у разі притягнення цієї особи до кримінальної або адміністративної відповідальності (ч. 5 ст. 14 Закону України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 р. № 62/95-ВР (зі змінами і доповненнями);

б) лікувально-профілактичний заклад повинен передати протягом доби з використанням засобів зв'язку та на паперовому носії *екстрене повідомлення про звернення потерпілого з посиланням на нещасний випадок на виробництві за відповідною формою* (п. 9 Постанови Кабінету Міністрів України «Деякі питання розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві» від 30 листопада 2011 р. № 1232);

7) лікувально-профілактичні заклади, до яких звернулися або були доставлені потерпілі внаслідок нещасних випадків, протягом доби надсилають письмове повідомлення за встановленою формою (п. 6 Постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку розслідування та обліку нещасних випадків невиробничого характеру» від 22 березня 2001 р. № 270 (зі змінами і доповненнями).

Також слід зазначити, що не мають право отримувати інформацію, що становить лікарську таємницю без відповідної згоди пацієнта:

- чоловік/дружина пацієнта;
- батько/матір (після досягнення пацієнтом повноліття — 18 років);
- представники, адвокати (якщо відсутні чіткі документальні повноваження).

Важливим принципом у сучасній охороні здоров'я є принцип добровільної інформованої згоди. Цей принцип означає, що будь-який медичний працівник повинен максимально повно інформувати хворого,

надати йому оптимальні поради. Тільки після цього хворий може сам визначити свої дії. При цьому може статися, що його рішення буде йти врозріз з думкою медиків.

Однак примусове лікування може здійснюватися тільки за рішенням суду. У нашій країні закон дає право пацієнтові отримувати всю інформацію. Надання неповної інформації є обманом. Обмеження накладаються тільки на отримання інформації про інших осіб. *Пацієнт має право не просто вислухати розповідь лікаря, але й ознайомитися з результатами обстеження, отримати будь-які виписки та копії документів.* Цю інформацію пацієнт може використовувати для отримання консультацій в інших фахівців. Інформація необхідна для того, щоб на її основі пацієнт міг вирішити, погоджуватися йому на операцію або віддати перевагу консервативне лікування і т.д.

**Відповіді на запити.** На адресу медичних закладів надходять різноманітні запити в т. ч. адвокатські запити, запити органів або осіб, які згідно з чинним законодавством України не завжди мають право на отримання інформації про самого пацієнта. Зокрема, це стосується адвокатських запитів, адже відповідно до Закону України «Про адвокатуру» адвокати мають право на отримання інформації від підприємств, установ, організацій на свої запити, але *право адвоката на отримання відомостей, що становлять лікарську таємницю, у законодавстві відсутнє.* Виключенням є підтвердження адвокатом своїх повноважень на отримання медичної інформації та документів, що підтверджується відповідною угодою з пацієнтом або в нотаріально посвідченому дорученні. В свою чергу, *надання відомостей, що становлять лікарську таємницю на запити правоохоронних органів має свої особливості.* Посилання на кримінальну справу є обов'язковим у запиті, це і буде підставою для лікувального закладу надати інформацію, яка вимагається.

*На запити судових інстанцій* медичний заклад також зобов'язаний надавати медичну документацію. Перед тим як відповідати на будь-які

запити доцільно отримати фахову консультацію юриста, щоб переконатися у правомірності своїх дій, адже розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, тягне за собою дисциплінарну, цивільно-правову, адміністративну або кримінальну відповідальність згідно з законодавством України.

### **Відповідальність за розголошення лікарської таємниці**

За незаконне розголошення відомостей, що становлять лікарську таємницю, чинним законодавством передбачена, зокрема, *кримінальна відповідальність*. Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки — карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

*Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків — карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.*

## **1.5. Правові аспекти роботи медичних працівників**

На діяльність медичного працівника важливий вплив мають як морально-етичні, деонтологічні, так і правові норми, які представлено в Кримінальному Кодексі України.

### **КРИМІНАЛЬНИЙ КОДЕКС УКРАЇНИ**

№ 2341-III від 5 квітня 2001 року

редакція від 16.10.2012 року

#### **Розділ II . ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ**

#### **Стаття 130. Зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби**

1. Свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, -

карається арештом на строк до трьох місяців або обмеженням волі на строк до п'яти років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

2. Зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби особою, яка знала про те, що вона є носієм цього вірусу, - карається позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо двох чи більше осіб або неповнолітнього, - караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.

4. Умисне зараження іншої особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, - карається позбавленням волі на строк від п'яти до десяти років.

**Стаття 131. Неналежне виконання професійних обов'язків, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби**

1. Неналежне виконання медичним, фармацевтичним або іншим працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного ставлення до них, що спричинило зараження особи вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, - карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади або займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило зараження двох чи більше осіб, - карається позбавленням волі на строк від трьох до восьми років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

**Стаття 132. Розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби**

Розголошення службовою особою лікувального закладу, допоміжним працівником, який самочинно здобув інформацію, або медичним працівником відомостей про проведення медичного огляду особи на виявлення зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини, або захворювання на синдром набутого імунодефіциту (СНІД) та його результатів, що стали їм відомі у зв'язку з виконанням службових або професійних обов'язків, - карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.



### **Стаття 133. Зараження венеричною хворобою**

1. Зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби, - карається виправними роботами на строк до двох років, або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені особою, раніше судимою за зараження іншої особи венеричною хворобою, а також зараження двох чи більше осіб або неповнолітнього, - караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років.

3. Дії, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили тяжкі наслідки, - караються позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

### **Стаття 134. Незаконне проведення абортів**

1. Проведення абортів особою, яка не має спеціальної медичної освіти, - карається штрафом від п'ятдесяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста до двохсот сорока годин, або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років.

2. Незаконне проведення абортів, якщо воно спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілої, - карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

### **Стаття 135. Залишення в небезпеці**

1. Завідоме залишення без допомоги особи, яка перебуває в небезпечному для життя стані і позбавлена можливості вжити заходів до самозбереження через малолітство, старість, хворобу або внаслідок іншого безпорадного стану, якщо той, хто залишив без допомоги, зобов'язаний був піклуватися про цю особу і мав змогу надати їй допомогу, а також у разі,

коли він сам поставив потерпілого в небезпечний для життя стан, - карається обмеженням волі на строк до двох років або позбавленням волі на той самий строк.

2. Ті самі дії, вчинені матір'ю стосовно новонародженої дитини, якщо матір не перебувала в обумовленому пологами стані, - караються обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк.

3. Діяння, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть особи або інші тяжкі наслідки, - караються позбавленням волі на строк від трьох до восьми років.

**Стаття 136. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані**

1. Ненадання допомоги особі, яка перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан особи належним установам чи особам, якщо це спричинило тяжкі тілесні ушкодження, - караються штрафом від двохсот до п'ятисот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк від ста п'ятдесяти до двохсот сорока годин або арештом на строк до шести місяців.

2. Ненадання допомоги малолітньому, який завідомо перебуває в небезпечному для життя стані, при можливості надати таку допомогу або неповідомлення про такий стан дитини належним установам чи особам - караються штрафом від п'ятисот до тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або арештом на строк до шести місяців, або обмеженням волі на строк до трьох років.

3. Діяння, передбачені частинами першою або другою цієї статті, якщо вони спричинили смерть потерпілого, - караються обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на строк від двох до п'яти років.

### **Стаття 137. Неналежне виконання обов'язків щодо охорони життя та здоров'я дітей**

1. Невиконання або неналежне виконання професійних чи службових обов'язків щодо охорони життя та здоров'я неповнолітніх внаслідок недбалого або несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило істотну шкоду здоров'ю потерпілого, - карається штрафом від ста до трьохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

2. Ті самі діяння, якщо вони спричинили смерть неповнолітнього або інші тяжкі наслідки, - караються обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

### **Стаття 138. Незаконна лікувальна діяльність**

Заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, - карається виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, або позбавленням волі на строк до трьох років.

### **Стаття 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником**

1. Ненадання без поважних причин допомоги хворому медичним працівником, який зобов'язаний, згідно з установленими правилами, надати таку допомогу, якщо йому завідомо відомо, що це може мати тяжкі наслідки для хворого, - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або громадськими роботами на строк до двохсот годин, або виправними роботами на строк до двох років.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило смерть хворого або інші тяжкі наслідки, - карається обмеженням волі на строк до чотирьох років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

#### **Стаття 140. Неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником**

1. Невиконання чи неналежне виконання медичним або фармацевтичним працівником своїх професійних обов'язків внаслідок недбалого чи несумлінного до них ставлення, якщо це спричинило тяжкі наслідки для хворого, - карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до п'яти років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк.

2. Те саме діяння, якщо воно спричинило тяжкі наслідки неповнолітньому, - карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

#### **Стаття 141. Порушення прав пацієнта**

Проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки, - карається обмеженням волі на строк від трьох до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк.

#### **Стаття 142. Незаконне проведення дослідів над людиною**

1. Незаконне проведення медико-біологічних, психологічних або інших дослідів над людиною, якщо це створювало небезпеку для її життя чи здоров'я, - карається штрафом до двохсот неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до чотирьох років, з позбавленням права

обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього, двох або більше осіб, шляхом примушування або обману, а так само якщо вони спричинили тривалий розлад здоров'я потерпілого, - караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

### **Стаття 143. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини**

1. Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

2. Вилучення у людини шляхом примушування або обману її органів або тканин з метою їх трансплантації - карається обмеженням волі на строк до трьох років або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

3. Дії, передбачені частиною другою цієї статті, вчинені щодо особи, яка перебувала в безпорадному стані або в матеріальній чи іншій залежності від винного, - караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

4. Незаконна торгівля органами або тканинами людини - карається обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на той самий строк.

5. Дії, передбачені частинами другою, третьою чи четвертою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб, або участь у транснаціональних організаціях, які займаються такою діяльністю, - караються позбавленням волі на строк від п'яти до семи років з позбавленням права обіймати певні посади і займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

#### **Стаття 144. Насильницьке донорство**

1. Насильницьке або шляхом обману вилучення крові у людини з метою використання її як донора - карається позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або виправними роботами на строк до двох років, або обмеженням волі на строк до двох років, з штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян чи без такого.

2. Дії, передбачені частиною першою цієї статті, вчинені щодо неповнолітнього або особи, яка перебувала в безпорадному стані чи в матеріальній залежності від винного, - караються обмеженням волі на строк до п'яти років або позбавленням волі на строк до трьох років, з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого.

3. Дії, передбачені частинами першою і другою цієї статті, вчинені за попередньою змовою групою осіб або з метою продажу, - караються позбавленням волі на строк до п'яти років з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років.

#### **Стаття 145. Незаконне розголошення лікарської таємниці**

Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, - карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права

обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років.

### **1.6. Особливості взаємовідносин медичних працівників і хворих**

Взаємовідносини лікаря і хворого це не просто обмін інформацією, це — частина лікування. Адже давно відомо, що лікарі можуть впливати на хворобу без будь-яких ліків: прикладом може слугувати ефект плацебо.

**Плацебо** — це біологічно інертна речовина, котру лікар дає хворому як біологічно активну. Свого часу обов'язковою передумовою ефекту від плацебо вважалася сліпа віра у чудодійну силу ліків. Однак співробітництво між лікарем і хворим породжує ефект плацебо без усякого плацебо: будучи науково обґрунтованим, ефект плацебо доповнює медицину як науку і виправдовує погляд на неї як на мистецтво.

Важливою етичною проблемою є співвідношення свободи пацієнта і опіки над ним лікаря. Ця опіка позначається терміном "патерналізм", який може бути *справжнім* (наприклад, у разі непритомності хворого) або *солітарним*, коли пацієнт повністю довіряє лікарю і твердо переконаний, що той зробить усе для його видужання. Проте найчастіше зустрічається *несолітарний патерналізм*, який вимагає великого такту для спрямування волі пацієнта на шлях видужання.

Співробітництво лікаря та хворого складається із **4-х компонентів**:

- а) підтримки;
- б) розуміння;
- в) поваги;
- г) співчуття.

**Підтримка** — одна із найважливіших умов правильних взаємин лікаря і хворого і означає прагнення лікаря бути корисним для хворого. Це не означає, що лікар повинен взяти на себе всю відповідальність за здоров'я

і настрої хворого. В цьому повинні допомагати сім'я, близькі та друзі хворого. Головним ресурсом є усвідомлення хворого, що лікар прагне допомогти, а не примусити. Так лікар активізує роль хворого у лікувальному процесі. Ефективність плацебо насамперед залежить від самого бажання хворого одужати і, від його впевненості в успіху. Активна участь в лікуванні гарантує сприятливий результат.

**Розуміння хворого з боку лікаря.** Розуміння може бути виражене і невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо. Тон та інтонація здатні демонструвати як порозуміння, так і відстороненість, незацікавленість. Невиконання лікарських рекомендацій (і, як наслідок - відсутність ефекту від лікування) може бути єдиною ознакою того, що хворий не впевнений у бажанні лікаря вникнути в ситуацію і розібратися професійно.

**Повага** передбачає визнання цінності хворого як індивіда і серйозності його тривоги. Щоб продемонструвати повагу, необхідно ознайомитися з умовами життя хворого якомога ґрунтовніше, щоб спілкуватися з ним як з особистістю, а не лише як із носієм певної хвороби. Вже сам час, витрачений на з'ясування особистісних обставин життя хворого, засвідчує повагу до нього лікаря. Часто все, що вимагається від лікаря, — це активно проявити зацікавленість. Важливі прості речі, приміром, швидко запам'ятати ім'я і прізвище хворого.

Невербальне спілкування здатне як закріпити довіру до лікаря, так і зруйнувати її. Постійно переривати розмову з хворим або самому вести у його присутності сторонні розмови — означає продемонструвати неповагу до нього. Однією з найнебезпечніших звичок медика є здатність до принизливих щодо пацієнтів зауважень у колі друзів та колег.

**Співчуття** — ключ до співпраці між лікарем та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Треба терпляче слухати хворого, навіть коли він повторюється, давати можливість обговорювати причини і наслідки хвороби, його майбутнє.



Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, що створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємодовіру. Але певна "дистанція" (непомітна для хворого) між лікарем та хворим повинна завжди витримуватися, що буде гарантувати лікарю збереження свого авторитету й гідності.

### **Вплив добрих взаємовідносин на лікувальний процес.**

Налагоджені стосунки лікаря і хворого не тільки цілющі самі по собі, вони посилюють і полегшують вплив інших лікувальних процедур. Однак зустрічаються випадки, коли хворі або свідомо, або підсвідоме не бажають такої співпраці, а лікарю, з огляду на його професійні обов'язки, необхідно все ж таки віднайти "спільну мову" з категоричними хворими.

*Перша категорія* — це хворі, які не хочуть співпрацювати з лікарем. Впізнати такого хворого, який скептично настроєний стосовно лікарів і медицини в цілому, зовсім не важко, але уникнути його негативної або оборонної реакції значно складніше.

*Друга категорія* — це хворі, які мають далекі від лікування цілі. Цих хворих важко розпізнати, адже вони, на відміну від перших, уміють створювати хибне враження про плідну співпрацю; мають цілком пристойний вигляд і нібито повністю довіряють лікарям. Але вони частіше за інших вступають в конфліктні ситуації з лікарями.

**Є 2 типи ситуацій, у яких хворі прагнуть до деструктивної взаємодії:**

- *перший тип ситуацій* — це випадки, коли хворий своїми словами і вчинками намагається схилити лікаря на свій бік до виступу проти членів своєї сім'ї. Хворий може прямо попросити лікаря втрутитись у домашній конфлікт.

- *другий тип ситуацій*, у яких можливе зловживання довірою лікаря, — коли хвороба або нездоровий спосіб життя дають хворому певну користь. Коли хворобливий стан надає йому певну перевагу, і він намагається підтримувати цей стан. Користь хворий вбачає у підвищеній увазі до своєї

персони, у меншій відповідальності за свої вчинки, в ухилянні від домашніх обов'язків, у деяких пільгах, передбачених законом. Для цього використовує всі засоби, у тому числі й довірливі стосунки з лікарем.

*Конфліктні пацієнти* - це особлива категорія, їм усе не до вподоби: і порядки в лікарні, і харчування, і лікування, і самі лікарі. В усьому вони вбачають порушення існуючого законодавства. А тому стають постійними кореспондентами різних відомств та міністерств, у тому числі правоохоронних (міліція, прокуратура, суди тощо).

Такі хворі переважно не важкі у медичному плані. У більшості з них мають місце функціональні розлади (невроциркуляторна дистонія, дискінезії внутрішніх органів і т. ін.). Вихід для лікаря лише один - єдиний — добросовісно виконувати свої професійні обов'язки, робити все можливе, щоб зменшити страждання хворих. Перевірки не будуть приносити неприємностей, коли лікар чітко оформив медичну документацію.

Існує ще *категорія хворих, з якими просто важко, їх умовно поділяють на такі типи:*

- *наполегливо-вимогливі* - вміють обґрунтувати свої найабсурдніші вимоги;
- *нав'язливі* - користуються медичною допомогою так інтенсивно, що викликають роздратування;
- *хронічно невдоволені* - доводять лікарів до розпачу своїми повідомленнями про неефективність використаного лікування.

Важливо не сплутати наведені вище типи хворих із зовсім іншими категоріями "важких" хворих, яким дійсно важко встановити діагноз через атиповий перебіг хвороби. Наполегливі, нав'язливі або вічно невдоволені люди здебільшого викликають негативні емоції не тільки у лікарів, але й у всіх оточуючих.

У деяких випадках довірливі стосунки заважають лікарям об'єктивно оцінити ситуацію і правильно зрозуміти події. Через високий ступінь довіри до хворого *можна не помітити наркоманію, медикаментозну залежність*

*або той факт, що хворий лікується ще у іншого лікаря і виконує його рекомендації, які суперечать вашим.*

**Проблема правди у стосунках між лікарем і пацієнтом.** Медицина — це сфера, в якій дозволено обговорювати найінтимніші секрети хворих, і лікар має право чекати на них відвертої відповіді. Як дізнатися правду від хворого? Довірливі взаємини лікаря з хворим забезпечать такий рівень "відкритості", коли хворий може зізнатися щодо своїх істинних відчуттів та мотивів поведінки. Якщо ж він що-небудь приховує, то лікар зазвичай може це помітити: коли слова не відповідають невербальним сигналам і об'єктивним даним.

**Водночас хворі також мають право почути правду від лікаря.** Оскільки медична етика в різних країнах формується під сильним впливом національно-культурних традицій, не існує однозначної відповіді на запитання: чи слід говорити хворому правду про його стан, неминучість трагічного результату і т. ін.

У колишньому тоталітарному суспільстві безплатна медицина була найважливішим аргументом на користь соціалізму, то відповідно на таких засадах і формувалася психологія людей: медицина може все, і лікарі зобов'язані докласти всіх зусиль, щобвилікувати хворого. Тому в суспільстві вважали, що лікар не повинен говорити хворому про його страшну недугу, неминучість смерті. Навпаки, лікар зобов'язаний підтримувати надію на видужання, щоб не додавати до фізичних страждань людини ще й страждання моральні. Такі самі методологічні підходи до проблеми відвертості лікаря і пацієнта залишились і в перехідний період розвитку нашої держави. І клінічна практика — підтвердження цьому: *найбільше скарг у різні інстанції надходить у випадках, коли лікарі надто вже відверті з хворими та з їхніми близькими родичами.*

У західних країнах, навпаки, лікар зобов'язаний повідомити пацієнтові всю правду про стан його здоров'я, в тому числі і про можливість смерті та час, який, імовірно, ще проживе хворий. Він у цей час може завершити всі

свої земні справи: розпорядитися спадщиною, сплатити борги, подбати про сім'ю, приготуватися до неминучого, виконавши релігійні обряди, якщо це віруючий.

Слід зауважити, що говорити правду про істинний стан хворого і його перспективи не варто. Адже всім відомо, що надія помирає останньою. Сказавши всю правду хворому про його невиліковну хворобу, ви свідомо знищуєте цю надію, а з нею й усі внутрішні резерви самозахисту від хвороби, які ще залишилися у хворого.

Клінічна практика засвідчує про випадки самовиліковування від тяжких недуг, коли традиційна медицина була безпорадною. І тут вирішальну роль відіграє віра хворого, отримана від самонавіювання або від авторитетного лікаря. Повне усвідомлення сказаного вище можливе лише тоді, коли сам лікар потрапляє на ліжко в лікарні. Лікар, який повідомляє хворому необхідну правду, повинен дати і надію.

Допомогти хворому дивитися правді в очі, але при цьому не втратити надії на краще — одне із найважчих і найважливіших завдань. Погані новини повідомляти важко. Головне при цьому — визначитись, яку частину правди сказати хворому за одне відвідування. Зазвичай реакція і запитання хворих дають зрозуміти, яку правду вони хочуть почути і подають правду у малих дозах, хоча в деяких західних країнах, намагаються з часом повідомити хворим усю правду.

Дуже важливо для лікаря — сказати правду самому собі, зізнатись у своїх недоліках і визначити свої можливості. Уміння встановлювати межі можливого і ефективно розподіляти свої сили дуже важливо для лікаря. У клінічній медицині часто зустрічаються ситуації, коли переконання лікаря і хворого не збігаються. Суперечності виникають, наприклад, коли лікар відмовляється призначити лікування, котрого вимагає хворий, або коли хворий категорично відмовляється виконувати рекомендації лікаря.

Лікар має повне право не призначати потенційно загрозливого лікувального методу, не виконати прохання призначити наркотики,

припинити на прохання хворого обстеження навіть до встановлення клінічного діагнозу, Лікарі давно навчилися вживатися з хворими, зважати на їхні поради. Тепер вчать працювати з хворими, які не просто висловлюють прохання, але і видають накази. Якщо є вибір, то повинен обирати хворий, але часом лікар змушений категорично сказати "ні".

### **Психологічні і психічні прояви окремих соматичних захворювань**

**Серцево-судинні захворювання.** Найчастіше медичний працівник стикається з психологічними проблемами у разі виникнення серцево-судинних захворювань. У разі *інфаркту міокарда* – в передінфарктний період з'являється відчуття неясності у голові, труднощі концентрації уваги, передчуття неминучої безпеки, тривога. У гострий період – безсоння, ілюзії, галюцинації, рухове збудження, тривога, страх смерті, втрата критичності, ейфорія. Надалі розвиваються стійка іпохондрія, кардіофобія, астенодепресивні і невротичні реакції, стійка фіксація уваги на соматичних відчуттях.

У разі *гіпертонічної хвороби* найчастіше спостерігається гармонійна, іпохондрична, істерична внутрішня картина хвороби. Далі виникають астенія, зміни настрою, плаксивість, іпохондрія, образливість, кардіофобії, реєструється нав'язливість, емоційна лабільність та дратівливість.

**Захворювання органів травлення.** Для *виразкової хвороби* характерні дратівливість, гарячковість і конфліктність, депресія, апатія, істеричні реакції. Хворі дратівливі, образливі, стурбовані. Вони часто конфліктують вдома та в лікарні з персоналом, що утруднює стосунки з ними.

**Ендокринні захворювання.** У разі *цукрового діабету* виражені дратівливість, астенизація, висока емоційна лабільність і невірноваженість, конфліктність, уразливість і образливість.

У разі *тиреотоксикозу* розвивається психопатизація особистості з дратівливістю, непосидючістю, різкими коливаннями настрою, поспішністю, що поєднуються із вираженою астенизацією.

**Бронхолегеневі захворювання.** У разі бронхіальної астми емоційне напруження у хворих сприяє виникненню нападів ядухи. За умов хронічного перебігу бронхіальної астми характер хворих змінюється за іпохондричним та істеричним типами внутрішньої картини хвороби.

**Шкірно-венерологічні захворювання.** Хворим властиві сором'язливість, скутість, особливо у разі висипань на відкритих частинах тіла. Венеричні хвороби мають глибокий психотравмуючий характер і зумовлюють виникнення у пацієнтів страху перед прогнозом захворювання та необхідністю тривалого лікування. Аналогічним чином негативний соціальний зміст деяких хронічних інфекцій (СНІД, туберкульоз тощо) може спричинювати дисимулятивну поведінку хворих, уникання ними лікування, вороже ставлення до оточуючих, демонстративну байдужість до свого здоров'я, за якою часто приховується панічний страх перед майбутнім.

**Онкологічні захворювання.** У початковій стадії захворювання погіршується настрій, увага хворих прикута до власних відчуттів та результатів клініко-лабораторних досліджень, часто „загострюються” окремі риси характеру, серед яких основними є астенічні і депресивні стани, суїцидальні вислови тощо. У термінальній стадії розвиваються розлади свідомості.

**Алкоголізм і наркоманія** є різновидом адиктивної (залежної) поведінки, для якої властивим є прагнення досягти мети за допомогою хімічних, „психоактивних” речовин. Адиктивна речовина – це будь-яка наркотична або психотропна речовина, якісною характеристикою якої є спроможність викликати залежність у разі її споживання.

Для позначення будь-яких фактів поведінки щодо речовин, що викликають залежність, у сучасній науці вживається термін «адиктивна поведінка» (від англ. *addiction* – пристрасть, пагубна звичка, схильність до чого-небудь), але цей термін є дещо ширшим: ним позначається поведінка, спрямована на вживання (використання) будь-якого агента, спроможного

викликати залежність. Таким агентом може бути практично що завгодно. Крім хімічної залежності, розрізняють залежність від азартних ігор, комп'ютерну та інтернет-залежність, залежність від релігійних культів і тоталітарних сект, сексуальну залежність тощо.

Особистість таких хворих у більшості випадків є незрілою, з нездатністю соціальної адаптації, особливо помітні труднощі міжособистісних стосунків. У разі алкоголізму II стадії настає алкогольна деградація особистості зі значним зниженням інтелекту.

Ц.П. Короленко визначає адиктивну поведінку як одну з форм деструктивної поведінки, що виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

## РОЗДІЛ II. ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ В КЛІНІЧНІЙ МЕДИЦИНІ

### 2.1. Особливості медичної етики і деонтології у терапевтичних відділеннях

У найпоширеніших в клінічній медицині терапевтичних відділеннях, як правило, перебувають хворі самого різного профілю - з захворюваннями серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, органів дихання, нирок та інші. Нерідко їхні хворобливі стани вимагають тривалого лікування.

Тривалий відрив від сім'ї і звичної професійної діяльності, а також тривога за стан свого здоров'я викликають у них *комплекс різних психогенних реакцій*. У результаті психогенний ускладнюється перебіг основного соматичного захворювання, що в свою чергу погіршує психічний стан хворих. Крім того, у терапевтичних відділеннях на обстеженні та лікуванні перебувають хворі зі скаргами на діяльність внутрішніх органів, нерідко навіть не підозрюючи того, що ці соматичні порушення психогенного характеру.

У клініці внутрішніх хвороб постійно доводиться мати справу із соматогенними і психогенними порушеннями. У тих і інших випадках хворі висловлюють велике число різних скарг і дуже насторожено ставляться до свого стану. Соматогенні обумовлені психічні порушення частіше виникають у тривожно-недовірливих хворих з іпохондричною фіксацією на своєму стані.

У їх скаргах, крім обумовлених основним захворюванням, багато неврозоподібних: на слабкість, млявість, швидку стомлюваність, головний біль, порушення режиму сну, страх за свій стан, надмірну пітливість, серцебиття та ін. У таких хворих відзначаються різні афективні порушення в вигляді періодично виникаючої тривоги і туги різного ступеня вираженості.



Такі порушення часто доводиться спостерігати у хворих з гіпертонічною хворобою, ішемічною хворобою серця, у осіб, які страждають на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки.

*Неврозоподібна симптоматика маскує клініку основного захворювання.* В результаті хворі звертаються до фахівців різного профілю, однак полегшення від призначеного лікування настає не завжди, що загострює їх невротичну і іпохондричних налаштованість. При важких декомпенсація серцевої діяльності, при цирозі печінки і уремії можуть розвинути *психотичні стани* з галюцинаторно-маячними переживаннями. Психотическое стан може виникнути і у соматичних хворих на фоні високої температури, зумовлену як ускладненням хворобливого процесу, так і приєднанням інфекційного захворювання (частіше грипу).

Особливої уваги заслуговує *психотичні стани у літніх людей*, які страждають на гіпертонічну хворобу. На висоті підйому артеріального тиску у них можуть виникнути динамічне порушення мозкового кровообігу, передінсультному стан та інсульт. У клінічній картині у таких хворих в першу чергу відмічається порушення орієнтування і свідомості типу оглушення.

Хворі не орієнтуються в навколишньому, насилу відповідають на поставлені питання, іноді у них з'являються порушення мови (стереотипні питання або повторення слів), розвивається тривожно-непокійний стан.

Хворі з соматогенних психічними порушеннями потребують особливої уваги, так як, крім допомоги, зумовленої основним захворюванням, їм необхідно проводити лікування з приводу вторинних неврозо-подібних або психотичних розладів. Слід пам'ятати, що такі *хворі дуже хворобливо реагують навіть на пропозицію проконсультуватися у психоневролога, а деякі вважають цю пропозицію образливим.*

До численних скарг і прохань хворих потрібно ставитися терпимо, проявляти психотерапевтичний підхід, який є для них одним з

найважливіших методів лікувального впливу. Свою психотерапевтичну тактику необхідно узгодити з лікуючим лікарем, з'ясувати, як краще відповідати на різні прохання таких хворих, які ліки слід давати і т. д. Іноді численні скарги і прохання хворих залишаються поза полем зору лікаря тому що погіршення настає у другу половину дня та ввечері, коли лікаря в лікарні нема.

Ні в якому разі не треба говорити хворим, що їм слід полікуватися у психоневролога або натякнути їм на їх невротичні розлади. Це призведе до порушення контакту з хворим, образі і скарг з його боку і навіть посилення невротичних розладів тепер вже ятрогенного характеру. *Психотичні розлади на тлі різних соматичних захворювань частіше виникають у вечірні години.* Якщо виникне підозра про наявність їх у хворого, то за таким хворим слід встановити посилений нагляд.

Особливої уваги потребують хворі з порушенням свідомості, так як під впливом галюцинаторно-маревних переживань вони можуть здійснювати дії, небезпечні як для них, так і для оточуючих. У таких випадках потрібна термінова консультація психіатра. Таке рішення має приймати лікар, який з'явився на виклик медичної сестри.

Хворі з функціональними соматичними порушеннями невротичного генезу звертають на себе увагу великою кількістю різних скарг: «груди тіснить», «коле в серце», «різко частішає серцебиття», «серце працює з перебоями», «тяжкість в області шлунка», «прострілює біль у області живота», «утруднений видих», «різь над лобком і часті сечовипускання» та ін.

На відміну від неврозоподібних соматогенно обумовлених станів при невротичних розладах, крім досить часто відзначається особистісної реакції у вигляді відчуття тривоги та емоційної лабільності, завжди є різні психогенії.

Вони частіше бувають сімейно-побутового, сексуально-особистісного або виробничого характеру. Виникнення їх зумовлене важкими для

особистості негативними емоційними перевантаженнями. Виникаючі невротичні розлади переносяться хворими не менш важко, ніж різні соматичні хвороби. Хворі звертаються до різних фахівців, проходять ретельне клінічне та лабораторне обстеження (ЕКГ, фонокардіографія, рентгенівське та ін) в терапевтичному стаціонарі. При спілкуванні з такими хворими лікар повинен бути особливо уважний і дотримуватися принципів психотерапії. На численні скарги він повинен відповідати, що хворобливі розлади поступово зникнуть при призначенні відповідного лікування. Хворому роз'яснюють, що лікарські засоби, які призначаються лікарем, мають позитивну дію.

Медичний персонал повинен знати, що різноманітні психогенії, хвилювання можуть загострити не лише наявні невротичні симптоми, а й приховано вказують на соматичні патологічні процеси. Необхідно завжди пам'ятати про тісний взаємозв'язок психічного і соматичного в механізмі розвитку хворобливих розладів у людини.

**Особливої уваги заслуговують депресивні порушення різного ступеня вираженості** - від легкого пригнічено-пригніченого настрою до вираженої депресії. Під час цих станів нерідко виникають суїцидальні думки та спроби. При виявленні подібних розладів у хворих лікар повинен негайно провести з хворим бесіду спрямовану на зміцнення віри хворого в правильності і дієвості призначеного лікування.

## **2.2. Особливості медичної етики і деонтології в хірургічних відділеннях**

Хірургія відноситься до тієї області медицини, де значення практичних навичок медичного персоналу надзвичайно велике. Всі думки та увага хірургів, операційних і палатних сестер концентруються на операційній, де відбувається основна робота - хірургічна операція. *В період операції практично припиняється безпосередній контакт між медичним*

*персоналом і хворим і різко інтенсифікується процес злагодженої взаємодії між лікарями-хірургами, анестезіологами, середнім медичним персоналом, який обслуговує операційну.*

Якщо в операційній провідна роль відводиться лікарям-хірургам і анестезіологам, то в передопераційній і особливо у післяопераційний період багато що залежить від уважного і чуйного ставлення до хворого медичних сестер та молодшого медичного персоналу. Багато хірургів абсолютно справедливо стверджують, що операція - початок хірургічного лікування, а результат його визначає хороше виходжування, тобто відповідний догляд в післяопераційному періоді.

До проблем психологічного плану відноситься страх перед операцією. Хворий може боятися самої операції, пов'язаних з нею страждань, болю, наслідків втручання, сумніватися в її ефективності тощо. Про побоювання хворого можна дізнатися з його слів, бесід з сусідами по палаті. Про це можна побічно судити за різними вегетативним ознаками:

- пітливість,
- прискорене серцебиття,
- пронос,
- часте сечовипускання,
- безсоння і ін.

Страх хворого нерідко посилюється під впливом «інформації», яку охоче надають хворі, що перенесли операцію і, як правило, перебільшують в оцінці минулих подій. Про своє спостереження за хворим потрібно доповісти лікарю і виробити з ним тактику психотерапевтичної дії. Доцільно провести бесіду з хворими, які перенесли операцію, про несприятливий вплив їхніх розповідей на новоприбулих хворих, що готуються до оперативного лікування.

**При підготовці до операції** дуже важливо встановити хороший контакт з хворим, у ході бесіди дізнатися про характер його страхів і побоювань у зв'язку з майбутньою операцією, заспокоїти, постаратися

змінити ставлення до майбутнього етапу лікування. Багато хворих бояться наркозу, побоюються «заснути навіки», втратити свідомість, видати свої секрети.

**Після операції** також виникає ряд складних проблем. У деяких хірургічних хворих з післяопераційними ускладненнями можуть виникнути різні психічні розлади. Хірургічне втручання і вимушений постільний режим можуть викликати різні *невротичні розлади*. Нерідко у хворих на 2 - 3-й день після операції з'являється невдоволення, дратівливість.

На тлі астенизації, особливо якщо після операції виникли ускладнення, може розвинути депресивний стан. У осіб похилого віку в післяопераційному періоді може спостерігатися делириозне стан з наявністю галюцинацій і маревних переживань. Генез його складний, переважно токсико-судинний. У хворих, що страждають алкоголізмом, в післяопераційному періоді досить часто розвивається алкогольний делірій.

Завжди доцільно хворих з психозом, якщо дозволяє соматичний стан, передати для спостереження психіатра. Нерідко психотичні стани розвиваються у вигляді короткочасних епізодів і легко купіруються призначенням транквілізаторів та нейролептиків. Питання подальшого лікування повинен вирішувати лікуючий або черговий лікар з урахуванням всіх обставин.

Складні питання виникають при спілкуванні з хворими, оперованими з приводу злоякісного новоутворення. Вони стурбовані своєю подальшою долею, задають питання, злоякісна чи є у них пухлина, чи не було метастазів і т. д. У бесіді з ними потрібно бути дуже обережним. Слід пояснити хворим, що операція пройшла успішно і їм надалі нічого не загрожує. З такими хворими необхідно проводити психотерапевтичні бесіди.

Важко реагують хворі на операції з видалення окремих органів (резекція шлунка, видалення молочної залози, ампутація кінцівок та ін.) У

таких хворих виникають реальні труднощі соціального та психологічного характеру. Хворі з психопатичної структурою особистості свій фізичний дефект розглядають як «крах подальшого життя», у них розвивається депресія з суїцидальними думками і тенденціями. Такі хворі повинні постійно спостерігатися медичним персоналом.

### **2.3. Особливості медичної етики і деонтології в акушерсько-гінекологічній клініці**

При лікуванні хворих з гінекологічними захворюваннями виникає безліч проблем інтимно-сексуального, психологічного, соціального і етичного характеру, що істотно ускладнює діяльність медичних працівників. При гінекологічному обстеженні цілком природно прояв сором'язливості у жінок, і до цього психологічного явища потрібно ставитися з належною повагою. Для встановлення гарного контакту з хворими необхідна тактовність і обережність при бесіді й обстеженні. Важливо, щоб медична сестра допомагала лікарю-гінекологу при проведенні маніпуляцій, тим більше якщо лікар - чоловік. Це важливо в соціально-психологічному аспекті.

Під час менструального періоду у жінок можуть виникати тягнуті болі в животі, в попереку, неприємні болі в області статевих органів. Генез їх неясний, важлива роль в їх виникненні відводиться вегетативно-судинним розладам. Нерідко відзначаються зміни і з боку психіки у вигляді підвищеної дратівливості, напруженості, нервозності і навіть пригнічено-пригніченого настрою. У хворих, що страждають неврозами й іншими психопатологічними відхиленнями, скарги більш численні і різноманітні, іноді відзначається загострення основного захворювання (епілептичні пароксизми).

У дівчаток під впливом довгостроково існуючих психогеній (конфлікти сімейно-побутового та особистого характеру) можуть виникнути

дисменорея. Важкі психічні травми можуть викликати у жінок аменорею. Нерідко настання клімаксу викликає у жінок певні психологічні реакції:

- страх перед настанням старості,
- страх втратити жіночність, привабливість і здатність до подружнього життя.

Однак загострення невротичної й іншої психопатологічної симптоматики в період клімаксу відзначається переважно в осіб, схильних до невротичних і психопатичних реакцій, а також у пацієнтів, які страждають органічним ураженням центральної нервової системи при наявності психогенних факторів. При благополучній сімейної та подружнього життя і відсутності інших психогенних факторів клімакс протікає спокійно і не викликає яких-небудь психічних порушень.

**Важливою проблемою в гінекології є фригідність, причинами є різні фактори:**

- індивідуально-психологічні особливості жінки,
- незадоволеність сімейним життям,
- несприятливі житлові умови, що заважають нормальним подружнім відносинам,
- неправильна тактика чоловіка і т. д.
- острах завагітніти,
- алкоголізм і агресивність чоловіка,
- хворобливі відчуття при статевому акті та ін.

Медичні працівники, досить добре знають зазначені вище особливості, можуть успішно використовувати ці знання при роботі з хворими. При цьому вони повинні дотримуватися відповідного такту, демонструвати уважне і добре відношення, що розташовує до відвертості. Нерідко реабілітологам жінки частіше розповідають те, чого не говорять лікарю. Отримані при відвертій бесіді дані сприяють більш точній діагностиці і вибору адекватного лікування.

Велика психо-терапевтична робота повинна проводитися з жінкою перед серйозними хірургічними операціями (ампутація матки, видалення яєчника і т. д.). Необхідна оцінка особистісних особливостей жінки, характеру сімейно-подружніх відносин. Після цього важлива бесіда з хворою в плані майбутньої операції і вселення в неї впевненості в успішній результат.

У післяопераційному періоді необхідно розвіяти необгрунтованість побоювань жінки, що операція може позбавити її жіночої привабливості, вплинути на гармонійність подружніх відносин і статеве життя. Можливість виникнення у хворих психоневротичні порушень після хірургічного втручання зобов'язує медичних працівників вести тривалу підготовчу роботу.

Важливу проблему в акушерсько-гінекологічній практиці являє страх перед вагітністю. Слід пояснити молодим жінкам, що в даний час є велика кількість протизаплідних засобів. Необхідно попередити їх, що можлива поява судинно-вегетативних побічних симптомів від прийому протизаплідних таблеток (нудота, гноблення апетиту, неприємний смак у роті небажана повнота тощо) не призводить до порушення здоров'я.

**Вагітність і пологи** є однією з актуальних психологічних проблем, що виникають на життєвому шляху жінки. При зачатті виникають побоювання за долю майбутньої дитини: чи буде він здоровий, чи не зможуть виникнути які-небудь аномалії в його фізичному і психічному розвитку та ін. До кінця вагітності виникає тривога, пов'язана з майбутніми пологами.

Психічні порушення при вагітності залежать насамперед від властивостей особистості жінки, соціально-побутових умов та інших факторів, про які лікар і медична сестра жіночої консультації повинні мати певне уявлення і проводити відповідну коригувальну психотерапію.

Особливо складні психологічні переживання жінки виникають при вагітності від позашлюбного зв'язку (забобони, проблема виховання дитини без батька та ін.) Ці жінки потребують особливої уваги працівників жіночої



консультації. Формування переконання в успішному результаті вагітності, пологів і подальшого життя - гуманна і шляхетна задача лікаря і акушерки жіночої консультації та пологового будинку. Біль, що виникає в процесі пологів, завжди був однією з складних проблем акушерства. На думку багатьох дослідників, причиною болю є укорінене уявлення, що пологи - це обов'язково сильний біль.

У нашій країні розроблені психотерапевтичні прийоми по профілактиці родового болю. Психопрофілактична підготовка до безболісних пологів будується на принципах вчення І. П. Павлова. Основною метою при підготовці безболісних пологів є усунення побоювань вагітних жінок, пов'язаних з майбутніми пологами. Для цього жінкам читаються лекції, проводяться курсові, індивідуальні або групові співбесіди, демонструються кінофільми про пологи і т. д., вивчаються гімнастичні вправи по нормалізації дихання, які сприяють розслабленню м'язів. Крім того, застосовуються різні методи психопрофілактики: аутогенне тренування, раціональна психотерапія, сугестивна гіпнотерапія. Необхідно роз'яснити жінці, що істотну допомогу при пологах вона надасть собі сама, якщо буде виконувати всі вказівки лікаря та акушерки.

#### **2.4. Особливості медичної етики і деонтології в педіатрії**

Етичні проблеми в педіатрії визначаються особливостями психіки дитини, які проявляються в його реакціях, подій, вразливості і довірливості. Тому ця робота пов'язана з глибоким знанням дитячої психології, основ педагогіки дитячого віку, умінням зрозуміти дитину, завоювати його довіру, вплинути на нього, зацікавити його.

**Мета біомедичної етики в педіатрії** – вирішення морально-етичних проблем, що виникають при лікуванні та спостереженні за дітьми з моменту народження до 18 років.

#### **Основні завдання біомедичної етики в педіатрії:**

- 1) встановлення довірчих взаємин між лікарем, батьками та їх дитиною;
- 2) надання допомоги сім'ї у питаннях планування народження дітей, проведення медико-генетичного консультування, спостереження за дітьми, народженими за допомогою екстракорпорального запліднення;
- 3) особливо уважне спостереження і догляд за безнадійно хворими дітьми, інвалідами, дітьми зі спадковими і вродженими захворюваннями;
- 4) прийняття важкого в етичному відношенні рішення про відключення дитини від апарату штучної вентиляції легенів при смерті мозку;
- 5) повідомлення батьків про встановлення факту смерті дитини, оголошення їм результатів патологоанатомічного чи судово-медичного розтину.

**До кола етичних проблем педіатрії входять також:**

- а) захист прав дитини у випадках жорстокого поводження з нею з боку батьків чи медичного персоналу (в лікарнях, дошкільних дитячих закладах, дитячих будинках); при невикладкових отруєннях та травматизмі; медична емоційна занедбаність, відсутність елементарних умов для життя, догляду та харчування дітей у сім'ї;
- б) допомога сім'ям та дітям, які страждають підвищеною агресивністю, жорстокістю, наркотичною, токсикологічною, ніотиноювою залежністю, мають суїцидальні нахили, різні види сексуальної адаптації, які перенесли насильство з боку дорослих;
- в) допомога у вирішенні проблеми прийомних дітей, відмови від власної або усиновленої дитини, позбавлення батьківських прав;
- г) допомога батькам при ухваленні рішення з трансплантації та донорства органів; з використання в лікуванні дітей методів генної інженерії; з приводу проведення хірургічного втручання або використання інвазивних методів у лікуванні та діагностиці, особливо якщо вони

загрожують несприятливим результатом для здоров'я або життя дитини; з приводу ранніх абортів у підлітків;

д) виявлення випадків лікарських помилок, ятрогенних захворювань, що виникли в результаті лікування або обстеження дитини;

е) забезпечення соціальної адаптації дитини з обмеженими фізичними і психічними можливостями (інвалідів з дитинства), надання їм та їхнім батькам психологічної підтримки;

ж) збереження лікарської таємниці, конфіденційність при огляді і спілкуванні з хворою дитиною та підлітком;

з) захист прав дитини на отримання повноцінного лікування та обстеження при відмові батьків від його проведення (через приналежність до секти чи неосудність батьків), особливо якщо це тягне за собою загрозу здоров'ю або життю дитини;

і) виявлення і засудження випадків неналежної поведінки лікаря або середнього медичного персоналу (вимагання, грубість, байдужість, ненадання медичної допомоги дитині);

к) неприпустимість проведення медичних досліджень й експериментів на дитині без згоди батьків.

Ставлення до дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні, має бути доброзичливим, і дотримуватися цього потрібно з перших днів перебування дитини в лікарні. Під час спілкування з дитиною та її батьками велике значення має чуйне ставлення до них, прагнення зрозуміти їхні переживання. Особливої уваги потребують матері, які годують дитину груддю.

Треба пам'ятати, що негативні емоції шкідливо впливають на процеси лактації, можуть призвести до її зниження і, як наслідок, до переведення малюка на штучне годування, що у більшості випадків ускладнює перебіг хвороби.

*Тому під час бесід із матір'ю щодо стану здоров'я дитини потрібно бути відвертими, але не перебільшувати негативні наслідки перебігу хво-*

роби або лікування і в будь-якому разі вселяти в неї впевненість в одужання дитини. Різний культурний рівень і характерологічні особливості батьків потребують від лікаря та медичного персоналу великого терпіння і дипломатичності. Особливого такту потребують випадки, коли дитина невиліковно хвора (вроджені вади, онкологічні захворювання тощо). Важливо приділяти увагу психологічним особливостям дітей пубертатного віку, бо у них нервова система найуразливіша, і негативний психічний стан шкідливо позначається на перебігу хвороби.

Хвора дитина відчуває стурбованість персоналу і хвилювання матері, тому в присутності дитини не варто говорити про тяжкість перебігу хвороби або труднощі лікування.

#### **Особливості роботи з батьками хворої дитини:**

- делікатність, зібраність, підтягнутість, впевненість, уважність, без посмішки на обличчі (ми ще не знаємо ситуації в родині, тяжкості стану дитини до нашого приходу) сприяють заспокоєнню батьків, а значить і дитини.
- ретельний збір анамнезу і розпитування про початок хвороби, зроблених батьками заходи та їх ефективність, причинах, на думку батьків, хвороби, стан здоров'я оточуючих дорослих нерідко визначають тактичний діагноз.
- обов'язково мити рук до початку огляду хворого.
- необхідно переконане і чітке, але не категоричне, викладення відомостей про хворобу. Зайвих подробиць краще уникати.
- краще не говорити про сумніви в діагнозі, бо тоді батьки навряд чи будуть виконувати рекомендації.
- при сумнівах в діагнозі краще прийти ще раз і оглянути дитину повторно.
- ніколи не можна дратуватися на батьків, навіть якщо вони не праві, грубі.

- ніколи не висловлюватися негативно або скептично про діагноз і призначення лікарів, які оглядали дитину до Вас, навіть якщо вони не праві, треба лише скорегувати терапію, сказавши, що ситуація змінилась і зараз потрібно інше лікування.

- дотримання певної дистанції полегшує виконання професійних завдань.

- тверда воля при пред'явленні вимог полегшує лікувальний процес.

- давати батькам лише здійснені рекомендації.

- обов'язково переконатися, як батьки зрозуміли сказане, і бути впевненим, що вони будуть виконувати рекомендації, а також чи володіють вони навичками догляду.

- при хронічних захворюваннях завжди підтримувати оптимізм родичів щодо прогнозу. Не залякувати батьків!

- чітка орієнтація батьків на те, що тільки їх завзята і кропітлива повсякденна праця по дотриманню режиму, дієти, фізичних вправ, прогулянки, перебудова внутрісімейного укладу можуть надативирішальний вплив на хронічно протікаючу хворобу у дитини.

- якщо у хворого є захворювання, яке лікує лікар-фахівець, необхідно чітко розуміти діагноз, сенс і зміст етапної терапії та при непорозуміннях зв'язатися з лікарем-спеціалістом.

- при невиліковних летальних захворюваннях повну інформацію про прогноз давати не відразу, враховувати особливості психіки батьків (можливо, повідомити правду треба лише одному з батьків), пам'ятаючи, що помилки можуть бути при найсучасніших методах діагностики.

- ніколи при захворюваннях з несприятливим прогнозом не обіцяйте батькам успішного результату, одужання.

- про будь-які інвазивні маніпуляції і агресивні методи лікування попереджати батьків дитини.

- категорична відмова одного з батьків від життєво необхідного дитині обстеження або лікування повинна бути приводом для повторної бесіди або розмови з іншим родичем.

- ніколи не можна приховувати від батьків проблеми, що виникли у дитини в ході лікування - порушення стану здоров'я або ускладнення, але давати їм відповідні трактування.

- ніколи не лаяти дитину або висловлюватися негативно про неї, особливо в присутності батьків.

- ніколи не відмовляти батькам у відвідуванні дитини в стаціонарі.

- ніколи не відмовляти батькам у проханні консилиуму.

- ніколи не радити батькам при хронічних захворюваннях у дитини звертатися до екстрасенсів чи чаклунів.

- ніколи не залишати без уваги жодне питання про хворобу дитини, її стан, лікування, посилаючись на зайнятість і завантаженість - правильніше відповісти коротко, по суті.

- плата і подарунки ніколи не повинні бути умовою надання медичної допомоги хворому лікарем державної установи.

- якщо у дитини є пошкодження, не характерні для її віку, особливо повторні травми, якщо дитина виглядає заляканою, а один з батьків агресивний, алкоголік - особлива увага педіатра повинна приділятися сім'ї. Це може бути «синдром жорстокого поводження з дітьми», який за даними ВООЗ зустрічається в 5% випадків.

### **Особливості розпитування хворої дитини**

Перед контактом з дитиною медик повинен відключитися від особистих турбот і налаштуватися на емпатію, співчуття, співпереживання, співчуття почуттям хворого.

- «контакт очі в очі» при огляді, коли педіатр дивиться на дитину з перерахованими вище почуттями, полегшує діагностику і покращує ефект лікування.

- тілесний контакт при огляді обов'язковий - дотик до руки, погладжування і інші види підбадьорюючих дотиків під час розпитування, з ласкавим поглядом зміцнюють в дитині відчуття безпеки і впевненості в собі, зменшують страх.

- теплі руки і коротко стрижені нігті перед початком огляду також обов'язкові.

- при розпитуванні про симптоми хвороби необхідно враховувати особливості особистості опитуваної дитини, її вік, стан.

- діти часто розмовляють, повторюючи манеру і словосполучення дорослих в сім'ї, тому педіатр повинен з'ясувати, що розуміє дитина під тим чи іншим виразом (наприклад, що означає «серце болить», де у дитини серце і т. і.).

- діти погано орієнтуються в часі, тому питання, пов'язані з часом, слід задавати у зрозумілій формі (наприклад, «до або після Нового року захворів животик» і т. д.).

- при скаргах на болі в животі потрібно запитати у дитини, в якому місці болить животик і почати пальпацію з нехворобливих місць.

- неприємні для дитини прийоми огляду (наприклад, огляд зіва зі шпателем) доцільно проводити наприкінці огляду.

- симптом «відсутності усмішки дитини» у відповідь на усмішку дорослого - важлива ознака «нездоров'я» дитини.

*Якщо огляду дитини перешкоджає її крик то використовують наступні заходи:*

- 1) прикласти дитину до грудей матері;

- 2) зайшовши в кімнату - не одразу наближатися до дитини;

- 3) звернути увагу дитини на привабливі предмети, особливо на ясне світло;

Госпіталізувати дитину необхідно лише в тих випадках, коли неможливо досягти позитивного ефекту лікування в домашніх, поліклінічних умовах та денному стаціонарі.

**Оформлення дитячих відділень у лікарні має бути особливим:** малюнки звірят, птахів і т. п. Розміщувати дітей по палатах слід з урахуванням віку та статі.

- дитина у лікарні повиненна перебувати в домашньому одязі, мати власні іграшки, ігри, книги.

- дітей раннього та дошкільного віку доцільно госпіталізувати з матір'ю або іншими близькими родичами.

- не слід виключати чи обмежувати відвідування родичів.

- необхідні предмети особистої гігієни (зубна щітка, паста, мило та інше).

- дефіцит спілкування - одне з найбільш обтяжливих обмежень для дитини в лікарні.

- у кожному дитячому відділенні повинен бути вихователь, який займається організацією дозвілля дітей.

- при розпитуванні дитини шкільного віку дуже бажано виявити, яка внутрішня картина хвороби у дитини. У дітей шкільного віку можуть сформуватися три типи внутрішньої картини хвороби:

- *гіпнозогнотичний* — емоційне недооцінювання симптомів, ігнорування хвороби;

- *гіпернозогнотичний* — надмірна емоційна напруженість пов'язаних із хворобою хвилювань, перебільшення проявів захворювання, невіра в успіх лікування;

- *прагматичний* — прагнення до реального оцінювання захворювання і його прогнозу, добрий контакт із лікарем і бажання виконувати всі його призначення.

- до дітей в стаціонарі потрібно звертатися по імені, іноді із ласкавими скороченнями, особливо прийнятими в сім'ї дитини.

- у школярів при хронічних, рецидивуючих больових синдромах дуже важливо виключити до диференціальної діагностики «хронічний стрес» -



психогенні перевантаження, зокрема при несприятливих ситуаціях в сім'ї, школі і т. д.

- у дітей раннього віку, які відвідували ясла або молодшу групу дитячого саду, в силу вікового егоцентризму через дефіцит уваги до них і потреби в монопольному спілкуванні з ними персоналу можливий розвиток агресивності або апатії, боязкості, впертості - це так званий **«соціоз»**. При цьому діти часто входять до групи так званих «часто хворюючих дітей».

- не можна лаяти дітей за неохайність в стаціонарі.

- необхідно готувати дитину до всіх планованих обстежень та процедур, чесно і реалістично розповідати про них, доказуючи, що вони необхідні для його якнайшвидшого, успішного лікування. Не можна обманювати дитину, кажучи, що хворобливе або неприємне обстеження таким не є.

- не слід (по можливості) в один день проводити кілька болючих або травматичних методів обстеження або лікування.

- необхідно розпитувати дитину про її побоювання, страхи перед запланованими обстеженнями і заспокоїти її.

- всі процедури, які супроводжує біль, повинні бути знеболені.

- у довго хворюючих дітей важливо продумати шляхи відволікання дитини від хвороби - малювання, ігри, прогулянки і т. д. Відповіді на запитання дитини завжди повинні носити оптимістичний характер.

- під час обходів, обговорюючи особливості анамнезу, характеру хвороби і прогнозу, слід пам'ятати, що діти розуміють набагато більше, ніж ми уявляємо.

- в інститутських та університетських клініках, якщо планується показ хворого на лекції, обов'язково потрібно запитати його дозвіл і розказати, як буде проходити це, попередивши можливі страхи.

- ніколи у дитини після бесіди з педіатром не повинно бути відчуття, що його хронічна хвороба є покарання за якісь провини.

## 2.5. Основні деонтологічні підходи в онкології та психіатрії

Деонтологічні підходи та етичні проблеми в медичній практиці мають свої особливості в залежності від спеціалізації (онкологія, психіатрія, психотерапія, наркологія, геронтологія, педіатрія).

### Етичні проблеми в онкології

Особливе значення має термін «злоякісна пухлина», оскільки призводить до дуже сильного психо-травмуючого впливу на стан хворої людини. У більшості таких пацієнтів з'являється пригніченість, відчуття страху, безвихідності, невіра в успіх лікування. Сьогодні всі знають про це захворювання і, на жаль, перебільшують його небезпеку. Травмуючий вплив цього діагнозу спостерігають у всіх, різниця лише в силі і тривалості травмуючого впливу та в характері реакції у відповідь:

- у одних реакція виражена чітко і помічається у стривожених і переляканих очах;
- у інших не помітно ніякої реакції в зовнішньому прояві за рахунок уміння володіти собою, за рахунок сильного урівноваженого типу вищої нервової діяльності.

Медичні працівники і близькі повинні орієнтуватися в особливостях психіки онкологічного хворого. Під зовнішньою оболонкою спокійної урівноваженої людини може ховатися і його внутрішня заклопотаність, настороженість або розгубленість. Вимагають уваги і розуміння не тільки ті, хто тільки захворів і проходять обстеження. В ній мають потребу і ті хворі, хто закінчив радикальне лікування з III клінічної групи. Вони практично здорові фізично, але стан їх нервової системи і психіки має ряд особливостей:

- вони пережили тривогу захворювання, і мають побоювання щодо можливого діагнозу та повторної госпіталізації в онкологічний стаціонар;
- перенесли важке оперативне втручання, променеве або комплексне лікування;

- їх турбує питання про ефективність лікування (чи надовго?), перспектива майбутньої інвалідності, зміни соціального і сімейного статусу.

М.М. Симонов і О.В. Гнезділов вивчали 195 хворих, що закінчили радикальне лікування в онкологічному інституті. У всіх досліджуваних хворих були виявлені зміни психічної сфери у вигляді тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного, дисфоричного, астено-депресивного синдромів.

**Особливо виражені зміни в психічному статусі хворих, які пройшли операції екстірпації гортані, прямої кишки, ампутації кінцівки, тотального видалення шлунку і у молодих жінок після ампутації молочної залози та інтенсивної гормональної терапії.** Перевірка стану цих хворих кожні 3 місяці (у перші роки після лікування, рідше – в подальші роки) пов'язана з важкими переживаннями і страхом можливого виявлення рецидиву або метастазів.

У перші роки після радикального лікування всіх хворих турбує небезпека виникнення рецидиву і метастазів. Вони – постійні слухачі лекцій про рак, читачі онкологічної популярної і часто – спеціальної літератури. Виявляють цікавість до всіляких народних "протиракових" засобів і дієт. Багато хто зберігає зв'язок з сусідами по палаті або з хворими подібним захворюванням, стежать за їх станом, важко переживають їх невдачі.

З часом, коли небезпека рецидиву і метастазів все більш віддаляється і потім зникає зовсім, у хворих з'являється думка, чи не стали вони жертвою профілактики, надмірної лікарської пильності і перестраховки. Вони конфліктують із персоналом онкоклінік, негативно впливають на інших хворих.

"Враховуючи особливості спілкування з онкологічними хворими, відносно інформації про хворобу, необхідна злагоджена робота колективу онкологічних установ, що виключає можливість неправильних розмов з хворими з боку середнього медичного персоналу або лікарів, що

безпосередньо не лікують даного хворого", – вважає один з провідних онкологів академік М.М. Блохін.

У зв'язку з цим слід нагадати, що медичні працівники дільничних поліклінік, станцій швидкої і невідкладної допомоги і інших "неонкологічних" установ повинні знати і виконувати тактику "психологічного шанування" пацієнта зі злоякісною пухлиною.

Особливого такту і уміння вимагає догляд за неоперабельними хворими з поширеними пухлинними процесами. Інтенсивне комплексне лікування повинне проводитися до останніх днів життя хворого, бо, одна і та ж хвороблива ситуація в різний час може з безнадійної перетворитися на контрольовану, в ту, що піддається якщо не лікуванню, то деякій стабілізації.

### **Принципи взаємовідносин з онкологічними хворими.**

1. При роботі з таким хворим медичні працівники зобов'язані бути особливо тактовними, уважними, повинні підтримати його, підготувати до майбутнього лікування, вселити оптимізм і віру в позитивний результат. В той же час, не можна приховувати серйозність захворювання, складність і тривалість майбутнього лікування, необхідність швидкого початку спеціального лікування.

2. Існують різні підходи до доцільності повідомлення хворому діагнозу злоякісного новоутворення – від нерозголошення діагнозу до вичерпної інформації про хворобу і прогноз захворювання. У будь-якому випадку повинне вирішуватися питання про раціональне інформування пацієнта, при цьому необхідно враховувати індивідуальні психологічні особливості, рівень інтелектуального розвитку, відношення до хвороби, здібність адаптації до негативної інформації, а також стадію захворювання.

Принцип роботи з такими хворими: ніколи не обманювати, в той же час, уникати бездумної відвертості. Правда повинна бути дозованою і такою, що поступово доводиться до пацієнта, щоб у нього був час на адаптацію до діагнозу. Лікар повинен відчувати, наскільки далеко хворий

хоче зайти в усвідомленні істини. Не варто давати інформації більше, ніж потрібно пацієнту.

3. Особливого відношення вимагають термінальні хворі. При поширених формах пухлин проводяться активні лікувальні заходи, що полегшують стан хворого, підтримують максимально можливий рівень якості життя. Це досягається за допомогою медикаментозних засобів і спеціальних методів лікування (променева терапія, паліативні операції).

При цьому не можна малювати перебільшені перспективи, але не можна і позбавляти хворого надії на позитивні зрушення, визначивши при цьому найближчу мету. При депресивному стані у таких хворих необхідно широко використовувати психофармакологічні препарати.

### **Етичні проблеми в психіатрії**

Формування гуманного відношення суспільства до психічно хворих людей почалося в 1793 р., коли вперше з них зняли ланцюги, піднявши їх тим самим до гідності хворих. У 50 рр. ХХ ст. в західних країнах починається «криза психіатричних лікарень – рух, що пропонує розширення лікування психічних хворих без ізоляції від суспільства.

Починаючи з 60-х рр. в західній психіатрії активно проводиться деінституціалізація лікування психічно хворих – відмова від необхідності їх госпіталізації, оскільки госпіталізація в лікарню обернулася для багатьох з них багаторічною ізоляцією. Наголошувалися і інші **негативні сторони госпіталізації:**

- втрата пацієнтами соціальної активності,
- розрив соціальних зв'язків,
- емоційна ізоляція і інше

У США рух за «психіатрію без лікарняного ліжка» привів до масового закриття державних психіатричних клінік і розвитку «м'якших» форм психіатричної допомоги (часткова госпіталізація, психіатричне обслуговування в лікарнях загального типу і тому подібне). Виникає рух «антипсихіатрів», що стверджував, що психічних хвороб, як і психічно

хворих немає, що психіатричний діагноз – це соціальний «ярлик», що психіатрія не наука, а психіатри – не лікарі.

«Антигоспітальний» і «антипсихіатричний» рухи привели до революційних змін: виникає ідея захисту цивільних прав психічно хворих, що пред'являє особливі вимоги до етико-правових аспектів психіатрії. Моральній і правовій оцінці і регуляції почали підлягати соціальне відчуження, не виправдане обмеження прав, презирливе або зневажливе відношення, інші форми приниження людської гідності психічно хворих.

Однією з головних проблем при наданні психіатричної допомоги стає проблема недобровільності лікування. Ще один етичний аспект психіатрії пов'язаний з методами, вживаними в стаціонарах, - надмірне застосування сильнодіючих психотропних засобів, що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих від надмірного лікування. Нарешті, предметом особливої турботи біомедичної етики є питання про дотримання принципу «інформованої згоди», який набуває в психіатрії специфічних аспектів. Вирішення всіх цих проблем і складає сенс захисту і гарантій цивільних прав осіб, страждаючих психічними розладами.

### **Основні деонтологічні підходи в психіатрії**

1. Психіатрія в порівнянні з іншими областями медицини є найбільш соціально орієнтованою спеціальністю. Вона часто має справу з хворими з соціально деформованою, асоціальною і антисоціальною поведінкою.

2. Багато етичних проблем психіатрії породжуються її традиційною пристрастю до так званого лінійного принципу, згідно якому кожна психіатрична хвороба має єдині причини, прояви, перебіг, результат. Така «жорсткість» в постановці клінічного діагнозу не враховує, що неповторювані не тільки фізичні і духовні властивості індивідів, але і прояви та перебіг хвороби у окремих хворих.

Складність об'єкту ставить сучасну психіатрію перед необхідністю включення в її аргументаційну систему гнучкості і варіативності в постановці діагнозу. При такому підході поняття хвороби буде імовірнісним, а її перебіг у ряді випадків – принципово непередбачуваним. Актуальним стане поняття свободи волі, зміняться думки про норму і патологію, межі між ними. Орієнтація на конкретну людину допоможе уникнути «етичних перекосів» («гіпердіагностика» або «презумпція хвороби»).

3. Питання про модель відносин в психіатрії ускладнюється відмінностями хворих за глибиною і ступенем вираження психічних порушень, інтелектуальному рівню, збереженню критики, можливості розуміти значення своїх дій і контролювати їх, здібності до волевиявлення, виразу і захисту своїх інтересів.

На одному полюсі – хронічно хворі, некритичні до свого стану, залежні від інших, несамотійні у виборі рішень і дій, які можуть заподіяти шкоду собі або оточуючим. На іншому – автономні особи з нерідко вираженими ситуаційно обумовленими психічними порушеннями. *Тому, залежно від місця пацієнта в психіатрії, може застосовуватися патерналістська або автономна моделі відносин.* Професійна діяльність психіатра (встановлення діагнозу, постановка на облік, заборона на певні види діяльності, госпіталізація) накладає серйозну соціальну і етичну відповідальність.

4. Істотна відмінність психіатрії і наркології - це можливість (необхідність) застосування до хворих прямого або непрямого примушення (ослаблений патерналізм). Сьогодні госпіталізація хворого за рішенням лікаря-психіатра без згоди його або родичів проводиться тільки в тому випадку, якщо хворий представляє безпосередню небезпеку для себе або оточуючих.

Разом з тим, в психіатрії добровільність лікування і право хворого на відмову від нього містить серйозні суперечності. З одного боку, це право і тут є загально визнаною етико-гуманістичною цінністю і юридичною

нормою, відповідною міжнародним стандартам. З іншого – застосування цієї норми при наданні психіатричної допомоги робить актуальною проблему безпеки, яку можуть представляти деякі психічно хворі для себе і оточуючих. *Пріоритетом тут повинно бути надання медичної допомоги пацієнтам* (з дотриманням їх цивільних прав) і лише потім – ізоляція тих хворих, які представляють небезпеку.

5. Потребують етичного контролю методи, які вживають в психіатричних стаціонарах. У психіатрії як терапевтичні засоби застосовувалось «лікування жорстоке, іноді смертоносне» – масивні кровопускання, сильні душі, холодні ванни і так далі. З 30-х років ХХ століття почали широко застосовуватися шоківі методи лікування, що викликали серйозні ускладнення.

В сучасних умовах, відмовившись від подібних методів, стаціонари все ще застосовують для деяких хворих великі дози наркотичних засобів, сильнодіючих психотропних препаратів – «хімічне гальмування», що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Одним із способів регуляції є етичний кодекс професійної поведінки психіатрів, що регламентує характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, засобами масової інформації, суспільством.

### **Етичні проблеми в наркології**

**Наркологія** – розділ психіатрії, тому тут діють ті ж норми, що і в психіатричній етиці.

*Наркологія займається* діагностикою, лікуванням і профілактикою хвороб, що виявляються в пристрасті до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних лікарських засобів і речовин унаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх прийому. Це породжує у наркологічних хворих безліч соціальних проблем, пов'язаних з деградацією особи:

- втрачається здатність нормального спілкування з колегами по роботі,
- порушуються взаємини в сім'ї,



- втрачається кваліфікація,
- здійснюються правопорушення, за чим йде судимість, втрата роботи, бездіяльність,
- невміння розпоряджатися своїм часом, фінансами тощо.

В наслідок цього громадською думкою і навіть частиною медиків хворі алкоголізмом і наркоманією розглядаються як аморальні, безвольні, гріховні і невиліковні. Проблемою стає «етичний нігілізм» по відношенню до наркологічних хворих, яким часто відмовляють в праві бути суб'єктами етичних відносин, а замість професійної етичної норми керуються поняттям доцільності в довільному, суб'єктивному трактуванні.

Таке негативне відношення перешкоджає продуктивній роботі з цими людьми, відзначається на них самих: такі пацієнти часто схильні «випадати» з лікувального процесу, їх хвороба може давати рецидиви. Це приводить до переконання, що всі люди, які зловживають алкоголем або наркотиками, мають несприятливий прогноз в плані одужання, що, у свою чергу, перешкоджає розвитку системи адекватної допомоги і терапії.

**Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі з нарко-пацієнтами, є:**

- *песимізм* – переконання, що лікування людей, залежних від алкоголю та наркотиків, – справа безнадійна;
- *моралізаторство* – споживання психо-активних речовин розглядається як вада, їх прийом – як ганебний акт, а люди, що вживають їх, – як аморальні;
- *створення стереотипів* – вважається, що зловживання алкоголем або психо-активними речовинами властиве якимсь верствам населення більше, ніж іншим;
- *зневага, заперечення того факту, що алкогольні і інші наркотичні залежності – це хвороба, що потребує лікування.*

При цьому зазвичай ігнорується і те, що більшість хвороб (за винятком сугобо спадкових або вроджених) є значною мірою результатом патогенної

поведінки людини, будь-то його необережність або ризикована, легковажність або свідомо відмова слідувати рекомендаціям щодо здорового способу життя.

У сучасній наркології як специфічній галузі психіатрії вимога сприймати хворого як особу, яка володіє індивідуальністю і гідністю, особливо актуальна. Пацієнти, які страждають на наркоманію або алкоголізм, переживають дезорганізацію соціального життя, що викликається хворобою, гостріше, ніж навіть порушення функцій організму.

Тому сучасні принципи лікування хворих алкоголізмом і наркоманією в значній мірі орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворого, в першу чергу, та на морально-психологічні можливості його особи.

Зазвичай хворі даного профілю не усвідомлюють всієї тяжкості своєї хвороби, прагнуть виключити себе з лікувального процесу, цілком покладаючись на дії медичного персоналу. У зв'язку з цим зростають вимоги до персоналу наркологічних установ, який повинен послідовно проводити реабілітаційні заходи хворих, не зважаючи на деякий опір з їх боку, і який у свою чергу повинен навчитися подолати упередження по відношенню до цих хворих і самої хвороби.

**Основною моральною установкою в наркології повинна бути ідея,** що людина, яка зловживає психо-активними речовинами, така ж людина, як всі, тільки потрапила в біду. Він готовий відгукнутися навіть на невеликі психотерапевтичні дії, особливо на ранній стадії хворобливої пристрасті, що може привести до позитивних результатів.

Тому тактовне втручання близьких і друзів, рання діагностика, доброзичливе консультування і з'ясування обставин, по яких у деяких людей розвивається залежність, підвищуватимуть ефективність допомоги наркологічно залежним людям.

Відносини, які забезпечують такому хворому відчуття власної гідності і самоповаги, гарантують йому особисту захищеність і не розголошення

інформації, сприяють його включенню в процес лікування, народжують оптимістичні очікування на майбутнє.

### **Можливі етичні небезпечні наслідки втручання в психіку людини.**

Основні етичні небезпеки, які можуть бути результатом втручання в психіку хворої людини є можливість суб'єктивного, довільного підходу до вибору об'єкту і методів лікування, а також *небезпека розширення області застосування хірургічних і психотропних маніпуляцій*. Показанням до них може стати не тільки хвороба, але і злочинна поведінка, «синдром гіперреагування» (навіженство, неслухняність, нестійка поведінка у дітей), масові виступи і спалахи непокори, що діагностується як «захворювання мозку».

Наприклад, в результаті нейрохірургічних операцій з «модифікації поведінки особливо небезпечних осіб» (як злочинців, так і борців за цивільні права) відбуваються радикальні зміни свідомості і поведінки людини, що перетворюється на керовану маріонетку. Сьогодні обговорюється можливість проведення подібних операцій не тільки з метою виправлення поведінки, але і з превентивною метою (наприклад, «електронна система попередження злочинів» Мейєра). Застосування подібного хірургічного (або іншого психотропного) втручання носить не лікувальний, а маніпулятивний характер.

Тому багато фахівців в області психіатрії пропонують *накласти мораторій на окремі напрями психохірургічних досліджень*, зокрема, на операції з лоботомії, що змінюють структуру особи, і продукують в ній агресивність, печаль, страх; на метод імплантації в мозок людини електродів, що надають стимулююче, таке, що пригнічує, вимикаючу дію на емоційно-психічну діяльність людини.

Біотехнологія, пов'язана з успіхами в нейрофізіології і мікрохірургії мозку, як і в області психіатрії в цілому, містять в своєму застосуванні певні небезпеки, бо часто їх кінцевий результат – не просто корекція і модифікація поведінки, а радикальні зміни суті людської особи.

**До таких небезпек відносяться:**

- використання психіатрії з політичною і соціальною метою для корекції поведінки «соціально небезпечних осіб»;
- можливість повного переродження особи в результаті часткового втручання (так, дія на центр задоволення з метою лікування наркоманії здатна викликати пригнічення творчої активності та ініціативності);
- експериментальні дослідження психоемоційного стану особи проти її волі як порушення прав людини – вторгнення в його інтимний світ;
- застосування психотропних методик не з медичною, а соціальною метою: «щастя через електроди», маніпулювання свідомістю людей з політичною та іншою метою тощо.

Медична психологія – одна з складових елементів професіоналізму лікаря, який повсякденно має справу з конкретними і різними за своїми психічними реакціями людьми, до кожного з яких потрібен індивідуальний підхід з урахуванням їх психологічних особливостей, соціально і індивідуально обумовлених поведінкових і ідеологічних стереотипів, що вимагає від лікаря глибокого засвоєння практичної і соціальної психології. Психіатр повинен володіти вмінням проникнути в психологічну суть хворого, якому він надає допомогу.

Знання душі хворої людини – це вміння бачити його наче зсередини. Психіатри завжди прагнули до цього – свідомо і не свідомо. Саме необхідність знання психології, «душі» хворого для того, щоб надати йому лікувальну допомогу, відрізняє взаємини психіатра зі своїми пацієнтами. Це знання повинне бути і глибоким, і тривалим.

*Таких взаємин лікаря і хворого в інших медичних дисциплінах, навіть в клініці внутрішніх хвороб, зазвичай не встановлюється.* Уміння досягнути іншу психологічну суть складає особливі труднощі. І далеко не всім психіатрам таке вміння дається в достатній, не кажучи вже повній мірі. Не випадково говорять, що «чужа душа – сутінки». А у психічно хворих ці

сутінки акумулюються і в результаті змін особи, і в результаті продуктивних розладів, що утрудняють спілкування.

## **2.6. Етичні проблеми в сучасній психотерапії та геронтології**

**Психотерапія** – методика лікування нервово-психічних розладів, однією з теоретичних підстав якої виступають, зокрема, психоаналітична концепція З. Фрейда та його вчення про несвідоме і можливості його «переведення» в усвідомлене.

Ним же запропоновані принципи проведення психотерапії і перші рекомендації з етики поведінки відносно пацієнтів. Важливі умови етики психотерапії:

- відповідальність,
- зваженість думок,
- чесність психотерапевта.

На відміну від психіатрії і наркології, де використовується термін пацієнт, що має на увазі патерналізм фахівця, в психотерапії використовується термін клієнт, вказуючи на автономність особи.

Психотерапевт укладає з клієнтом контракт, в якому психотерапевтичні відносини визначаються як обопільне прагнення, а професійні знання і навички психотерапевта – як засіб встановлення розуміння свідомих і несвідомих мотивів поведінки клієнта на користь вирішення його проблем.

### **Основні етичні принципи і правила психотерапії**

1. Повага до цінностей і переконань клієнта - психотерапевтичні відносини між клієнтом і психотерапевтом ґрунтуються на принципах довіри та інформованої згоди. Психотерапевт повинен добре усвідомлювати власні установки і з повагою відноситися до особистих переконань клієнтів; тому психотерапевти стверджують, що вони не дають порад клієнтам.

2. Принцип конфіденційності гарантує, що зміст бесід з психотерапевтом не може бути кому-небудь повідомлено без згоди клієнта.

Неетично також використання психотерапевтом інформації і можливостей клієнта з особистою вигодою.

3. Відносини між психотерапевтом і клієнтом обмежені професійними рамками, що роблять неможливим вступ до особистих відносин, тобто які-небудь інші, в т.ч. інтимні, взаємини між ними. З цієї ж причини психотерапія не проводиться з родичами, знайомими, друзями.

4. В процесі психотерапії клієнт часто виражає свої почуття до психотерапевта, він переносить на нього те, що є в ньому самому, або було в його минулому житті («перенесення» – за Фрейдом). Психотерапевт повинен продовжувати роботу і у разі «перенесення», підводячи клієнта до усвідомлення того, що з ним відбувається насправді.

5. Психотерапевт повинен надавати тільки професійно компетентну допомогу, усвідомлюючи межі власної компетентності. Слід утримуватися від лікування, коли стан психотерапевта може негативно вплинути на терапію. Лікаря слід звертатися за консультацією до інших колег у випадках, коли в процесі психотерапії виникають серйозні труднощі. Психотерапевтові слід чесно і відкрито повідомити клієнта про свою професійну підготовку і практичний досвід, а також вигоди, вимоги і умови психотерапії.

6. Якщо у психотерапевта є підстави вважати, що інший психотерапевт порушує професійну етику, він повинен обговорити ситуацію з цим психотерапевтом, проконсультуватися з колегами або повідомити про факт порушення в Комітет з етики.

### **Етичні проблеми в геронтології**

**Геронтологія** - (від грец. Geron, родовий відмінок gerontos-старий і ... логія), розділ медико-біологічної науки, що вивчає явища старіння живих організмів, у тому числі і людини. Складовими частинами геронтології є *геріатрія* - вчення про особливості хвороб старечого організму, *герогігієна* - вчення про гігієну людей старших вікових груп, і *геронто-*

*психологія*. Розвиток геронтології пов'язано істотними змінами в тривалості життя людини.

**Старість** – закономірно наступаючий заключний період вікового індивідуального розвитку. Старіння – це руйнівний процес, що призводить до зниження фізіологічних функцій організму та незворотніх змін структур живої системи. Старіння – це перш за все функція часу, його не можна зупинити. Старість і смерть є неминучими. Люди старіють у різному віці. Тривалість життя та пристосувальні можливості в одному і тому ж віці у різних людей істотно відрізняються. При старінні зміни проходять на всіх рівнях організації живої матерії. Тому, в сучасній геронтології виділяють кілька видів старіння.

Фізіологічне, або природне, старіння характеризується визначеним темпом і послідовністю вікових змін, що відповідають біологічним, адаптаційно-регуляторним можливостям певної людської популяції.

Передчасне (прискорене) старіння характеризується швидшим розвитком вікових змін або ж більшою мірою їх прояву в певний віковий період. При передчасному старінні обмеження пристосувальних можливостей організму більш виражене, що призводить до різкого скорочення резервних можливостей функціонування органів та систем.

*Найбільш вираженими проявами передчасного старіння людини є:* легка перевтома, зниження працездатності, ранні зміни пам'яті, емоційної сфери, репродуктивної здатності, зниження адаптаційних можливостей серцево-судинної, дихальної систем та ін. Причиною прискореного старіння можуть бути емоційне перенапруження, різні захворювання (ішемічна хвороба серця, виразкова хвороба, цукровий діабет, хронічні хвороби органів дихання та ін.), радіоактивне опромінення, психічні стреси, шкідливі звички, забруднення навколишнього середовища та багато інших факторів.

Сповільнене (ретардоване) старіння - вікові зміни з'являються значно пізніше, ніж, в цілому, в популяції, що призводить до збільшення тривалості життя – довголіття.

Проблеми геронтології. Процес постаріння населення, пов'язаний з успіхами медичних і соціальних наук, неухильно нарощує темпи в більшості країн Європи, в тому числі в Україні. Вже зараз у багатьох регіонах люди у віці старше 60 років становлять понад 25% населення. Зростає абсолютна і відносна кількість тих, хто досяг старечого віку, (понад 75 років) та довгожителів (90 і більше років).

Тому цілком закономірний інтерес медичних працівників, всього населення до проблем *геронтології* - науки про старіння - і *геріатрії*, або клінічної геронтології, - тієї складової частини геронтології, яка стосується медичних аспектів старіючого організму.

### **Основні підходи у вивченні старіння і завдання геронтології**

За останні 5 років вдалося встановити, що несприятливі фактори виробничого середовища і трудового процесу прискорюють старіння організму працюючих і необхідне застосування спеціальних геропротекторів для профілактики передчасного старіння і збільшення професійного довголіття.

У лютому цього року ООН опублікувала нову доповідь про світові демографічні тенденції, в якому особливе місце приділяється проблемі старіння населення. За прогнозами ООН, загальна чисельність населення в 2050 році досягне 6,6 млрд. чоловік. При цьому кількість людей похилого віку (старше 60 років) в світі до цього року складе 2,5 млрд. чоловік (тобто майже 38% від загальної чисельності населення), істотну частку серед них будуть займати люди старше 80 років.

Ці прогнози роблять проблеми геронтології актуальними для вирішення дуже важливих і складних медико-соціальних проблем. У геронтології умовно можна виділити два основних напрямки - теоретичний і



прикладний (практичний). Перед геронтологами стоять *дві основні завдання*.

- перше полягає в розробці первинних молекулярно-клітинних механізмів старіння людини і способів боротьби з ними,
- друге полягає у створенні способів протидії переходу цих процесів на більш високі рівні організації - тканинної, органний і системний і дозріванню умов для розвитку хвороб старості.

Актуальність проблем геронтології обумовлена тим, що в літньому віці найбільш поширені (в порівнянні з іншим віком) майже всі захворювання. Більшість з них не піддається радикальному лікуванню, і ефект лікування полягає тільки в продовженні життя і збереженні її якості.

#### **Основними групами захворювань осіб літнього віку є:**

- психічні розлади
- хвороби серцево-судинної системи
- пухлини.

#### **Існує ряд етичних проблем в геронтології:**

1. Важкі форми захворювань у разі несприятливого їх прогнозу ставлять перед медичним працівником *проблему повідомлення пацієнта діагнозу і очікуваної тривалості життя*. Більшість фахівців схиляються до повідомлення пацієнту правдивої інформації.

2. *Лікування захворювань в літньому віці в деяких випадках приводить тільки до подовження тривалості життя, але не поліпшення її якості*. Така ситуація ставить питання про активну або пасивну евтаназію, з приводу якої існує великий спектр різних думок, в тому числі і протилежних.

3. Серйозною проблемою в геронтології є раціонування – *проблема справедливого розподілу ресурсів на лікування різних захворювань і груп хворих*. В умовах дефіциту ресурсів немолоді пацієнти знаходяться в не вигідній ситуації, оскільки з утилітарної точки зору «вигідно» лікувати працездатних молодих хворих. Прихованими формами дискримінації

немолодих пацієнтів є відмова їм в госпіталізації і не призначення дорогих методів лікування.

Нині в Україні відсутня єдина скоординована система геріатричної допомоги населенню. Вона надається в системі загальних закладів охорони здоров'я і спеціалізованих геріатричних структурах Міністерства охорони здоров'я, а також в системі амбулаторних і стаціонарних закладів Міністерства праці і соціальної політики та, частково, громадськими і релігійними організаціями: Товариством Червоного Хреста України, «Карітас України», Хессед та іншими.

*Лікар амбулаторії загальної практики* – сімейної медицини саме і є первинною ланкою амбулаторно-поліклінічної допомоги літнім людям. На його робоче навантаження припадає до 60% амбулаторного обслуговування і 80% допомоги вдома. Таким чином він є, по суті, геріатром першого порядку і має бути спеціально підготовленим з актуальних питань геронтології і геріатрії. Всі люди літнього віку потребують тих чи тих видів допомоги: від обов'язкових щорічних медичних оглядів до постійного медичного нагляду з організацією стаціонару вдома тяжких хворих, навчанню сім'ї і волонтерів особливостям догляду, само- і взаємодопомозі.

*Стаціонарна допомога людям літнього віку* надається в клініках усіх рівнів, а також у спеціалізованих геріатричних закладах:

- шпиталях для інвалідів війни, які функціонують у всіх регіонах країни,
- у спеціальних відділеннях довготривалого лікування хронічних хворих у складі багатопрофільних лікарень.

Одним із важливих питань організації ефективного функціонування геріатричної служби є реабілітаційна допомога, яка надається в стаціонарних та денних реабілітаційних відділеннях медичних і соціальних установ. Психіатрична допомога надається літнім людям у загальній мережі закладів охорони здоров'я.

Слід зауважити, що головною формою комплексного соціального обслуговування населення похилого віку є територіальні центри соціального обслуговування пенсіонерів, до складу яких входять усі районні структури соціально-побутової допомоги літнім самотнім людям і інвалідам.

В Україні функціонують близько 530 територіальних центрів і 890 відділень соціального обслуговування вдома, які допомагають понад 500 тисячам одиноких непрацездатних громадян. *У межах цих закладів функціонують відділення медичної реабілітації та психотерапевтичної підтримки.*

Нині набуває розповсюдження практика взяття на облік самотніх старих людей з психічними розладами загальними соціальними службами надомної допомоги. Таким чином, взаємозв'язок і наступництво у роботі медичних працівників амбулаторій загальної практики – сімейної медицини з працівниками центрів соціального обслуговування населення дозволить підняти допомогу людям літнього віку та інвалідам на якісно вищий рівень.

## Контрольні запитання

1. Історичний аспект розвитку деонтології як науки.
2. Клятва Гіппократа та Клятва Лікаря.
3. Медична етика і основні проблеми медичної естетики.
4. Проблеми порушення медичної етики.
5. Система взаємовідносин лікар-фахівець з фізичної реабілітації – хворий.
6. Основні аспекти проблеми медичної відповідальності і медичної таємниці.
7. Соціально-психологічні аспекти виховання фахівців з фізичної реабілітації.
8. Визначення понять «етика» і «деонтологія».
9. Типи неадекватного ставлення до хвороби.
10. Типи ятрогенії.
11. Поняття про внутрішню картину хвороби
12. Зміст поняття «лікарська таємниця».
13. В яких випадках інформація про стан хворого може бути передана третій особі без його згоди.
14. Що включає в себе поняття «інформована добровільна згода хворого»
15. Що таке «емпатія»?
16. Характеристика понять егогенії, егортотенії.
17. Етичні проблеми в онкології.
18. У чому етичний сенс ідеї захисту цивільних прав психічно хворих?
19. Які етичні небезпеки містить в собі втручання в психіку людини?
20. У чому полягає сенс сучасних етичних проблем в наркології?
21. Основні деонтологічні підходи в психіатрії.
22. Етичні проблеми в сучасній психотерапії.
23. Етичні проблеми в наркології.
24. Етичні проблеми в геронтології.

## ВИСНОВКИ

З нормативною етикою професій споріднена професійна деонтологія, яку можна визначити як систематизований аналіз обов'язків, які покладаються на певні суспільні прошарки; обов'язків, що окреслені нормами кодифікованих актів і використовуються під наглядом представницьких органів. Тобто розглядається певна категорія осіб, які зайняті в тій або іншій професії і репрезентують один суспільний прошарок. Представницькі органи формулюють норми поведінки, виходячи з їхніх обов'язків щодо людей, котрі потребують їхньої опіки й догляду, та щодо колег.

Професійна етика, як і деонтологія, розглядає цінності, норми поведінки, обов'язки, які слід поважати, але значно ширше, не обмежуючись, наприклад, професійним середовищем, що регулюється якимось одним кодексом. Етика цікавиться також внутрішньою поведінкою, цінностями пережитими та умисними вчинками, завжди, проте, посилаючись на етичні норми. Етика має мету раціонально обґрунтувати норми, принципи і цінності, попри те, що вони кодифіковані і загально визнані, іноді вона також прагне модифікувати норми, закріплені в законах або в кодексах, тоді як деонтологія посилається лише на письмові кодекси, прагнучи зберегти порядок і репутацію категорії.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Авраменко О.М. Основи медичної деонтології: [навчальний посібник] / О.М. Авраменко. – Харків: ХДАФК, 2006. – 46 с.
2. Артюхова Г.П. Основи соціальної медицини: Підручник. - М.: Академічний Проект, 2005.
3. Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Перша медична допомога: Підручник для учнів медичних училищ та коледжів. - М.: Медицина, 2000. - 222 с.
4. Биомедицинская этика / Под ред. В.И.Покровского, Ю.М.Лопухина. – М.: 2002, Вып. 3.
5. Гиппократ. Этика и общая медицина / Под ред. С.Ю. Трохачева; Пер. с древнегреч. – СПб, 2001.
6. Догляд за хворими: підручник/ за ред.. О.М Ковальвої, В.М Лісового, С.І. Шевченка, Т.В. Фролової. – К.: ВСВ «Медицина», 2010. – 488 с.
7. Етичний Кодекс Лікаря України //Український Радіологічний Журнал. - 2010. - №1. – С. 5 – 11.
8. Єхалов В.В. Та Ін. Медична Деонтологія Очима Лікаря За Фахом «Загальна Практика- Сімейна Медицина» / В.В. Єхалов, М.Клигуненко, О.Ю. Муризіна //Сімейна Медицина. - 2015. - № 6. – С. 33 – 35.
9. Жовнерчук В., Голумбевська М. Моральна Та Юридична Відповідальність За Незаконне Розголошення Лікарської Таємниці //Журнал Головної Медичної Сестри. – 2015. - № 2. – С.42 – 47.
- 10.Лісіцин Ю.П., Полуніна Н.В. Громадське здоров'я та охорона здоров'я: Підручник. - М.: Медицина, 2002. - 416 с.
- 11.Масний З. Проблеми Деонтології В Сучасній Українській Медицині. – Львів. – Літературна Агенція «Піраміда», 2010. – 74 С.
- 12.Медична деонтологія / За ред. Хомутова В.І. – Харків, 1999.
- 13.Медсестринська Етика І Деонтологія: Підручник / Н.М. Касевич. — 3-Є Вид., Випр. – К.: «Медицина», 2013. – 200 С.

14. Назар П.С., Віленський Б.Г. Основи Медичної Етики. - К.: Здоров'я, 2002. - 343 С.
15. Назар П. С., Віденський Ю. Г., Грандо О. А. Основи медичної етики— К.: Здоров'я, 2002. — 344с.
16. Основи соціальної роботи: Підручник / Відп. ред. П.Д. Павленок. - 2-ге вид. испр. і доп. - М.: Инфра-М., 2004. - 395 с.
17. Підручник з Лікарської Етики / Світове Лікарське Товариство; Пер з Англ., Вид. За Ред. Л. Пирого. – К. : Третє Тисячоліття, 2009. – 136 С
18. Спиця Н.В. Деонтологія в медицині. Навчально-методичний посібник для студентів II курсу медичних та фармацевтичних факультетів. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 60 с.
19. Яценко П.І Мораль, Лікарська Етика І Медичне Право //Український Стоматологічний Альманах. – 2016. - № 2. – С. 82 – 85.