

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА БІОЛОГІЇ, ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ ТА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

МЕДИЧНА ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ

Методичні вказівки до проведення практичних занять
з курсу «Медична етика і деонтологія»
для здобувачів вищої освіти
спеціальності 227 Терапія і реабілітація,
(ОП «Фізична терапія»).

Рівне - 2024

Піонтковський В.К., Гусаковська Т.М. Медична етика і деонтологія // Методичні вказівки до проведення практичних занять з курсу «Медична етика і деонтологія» для здобувачів вищої освіти спеціальності 227 Терапія і реабілітація, (ОП «Фізична терапія»). Рівне, 2024.

У методичних рекомендаціях поданий навчально-методичний матеріал для підготовки та проведення практичних занять з дисципліни «Медична етика і деонтологія» для здобувачів вищої освіти, що є важливим ресурсом і надає інформацію про ключові аспекти етики та деонтології у медичній галузі.

Методичні рекомендації розроблено у відповідності до вимог робочої програми викладання медичної етики і деонтології, призначені для покращення організації і виконання самостійного вивчення даної дисципліни згідно вимог Болонського процесу.

Рекомендовано до друку навчально-методичною комісією психолого-природничого факультету Рівненського державного гуманітарного університету (протокол №2 від 04.04.2024)

Рецензенти:

Гуцман С.В. доцент, канд. біол.наук, завідувач кафедри медико-біологічних дисциплін НУВГП

Марциновський Віталій Петрович – кандидат біол. наук, професор, завідувач кафедри біології, здоров'я людини та фізичної терапії Рівненського державного гуманітарного університету.

© Піонтковський В.К. 2024

© Гусаковська Т.М. 2024

© Рівненський державний гуманітарний університет 2024

ВСТУП

Сучасний світ характеризується високим рівнем розвитку технологій та техніки, що дає змогу відкривати нові знання з основ медичної етики і деонтології, що в свою чергу є необхідною складовою професійної підготовки фізичних терапевтів. Це забезпечує формування високих моральних стандартів у молодих спеціалістів. Ще кілька десятиріч тому зміст медичної етики вичерпувався двома проблемами: по-перше, правилами поведінки медичного персоналу щодо пацієнтів і, по-друге, правилами взаємовідносин у медичній ієрархії.

На сьогодні фундаментальному перегляду підлягають традиційні аспекти, а також виникає багато нових проблем. Усе це в підсумку сприяло розвитку комплексного підходу до наявних проблем, і передусім, інтеграції теоретичної і практичної медицини й етики.

Медична етика і деонтологія є незамінними для забезпечення довіри між лікарем і пацієнтом, фізичним терапевтом і пацієнтом, підтримки високих стандартів медичної допомоги та вирішення етичних проблем сучасного світу. Їх розвиток має відповідати новим викликам, які постають перед медичною спільнотою.

Етичні закони й позиції в медицині – це погляди і знання, які наочно інтегрують моральні засади особистості лікаря й загалом процесу лікування, теорію і практику взаємовідносин із пацієнтами, суспільством та колегами.

Саме з метою вивчення етики і деонтології майбутніми фахівцями було складено дані методичні рекомендації.

Практичне заняття № 1

Тема: Основні моделі взаємовідносин у системі «лікар-хворий». Міжнародні документи, що регламентують права пацієнта.

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати:

- загальні принципи медичної етики та біоетики;
- принципи взаємовідносин в системі лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-медичний персонал;
- мати уявлення про базові нормативні документи, кодексами, деклараціями, що регулюють всі етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження.

Вміти:

- застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами (в тому числі з особливостями роботи за дітьми та пацієнтами похилого віку) та в медичному колективі в цілому;
- розрізняти головні етичні категорії;
- визначати причини та характер лікарських помилок в кожній окремій ситуації та ступінь відповідальності за них.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Основні моделі взаємин в системі лікар-пацієнт.
2. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта.
3. Взаємовідносини лікаря з колегами та іншими ланками медичного Персоналу
4. Взаємовідносини фізичного терапевта з колегами та іншими ланками медичного Персоналу.

1. Основні моделі взаємин в системі лікар-пацієнт.

Взаємини між лікарем і його пацієнтом є одним з найбільш важливих складових лікарської діяльності, а саме: в цих відносинах реалізується сенс призначення лікаря – лікування людини. Від того, як відбуваються взаємини між лікарем і хворим, як медичний працівник їх будує, залежить і успіх лікування.

Основні моделі взаємин в системі лікар-хворий.

Існує такий набір моделей взаємин: сакральна (патерналістська), технічна, колегіальна, контрактна.

Перша модель – патерналістська (лікар-опікун). Міжособові відносини між лікарем і пацієнтом подібні до відносин священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного.

Основні принципи відношення до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Вони були відбиті в клятві Гіппократа.

Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох сторіч. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними пар енталізмом (від англ. "батьки"), або патерналізмом (від латин. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакральної моделі, свідчить: «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди».

Традиція лікування наказувала приносити хворому користь і не наносити шкоди. Жоден лікар не може виконати моральний обов'язок приносити користь і при цьому повністю уникнути нанесення шкоди. Цей принцип існує в широкому контексті і ґрунтується на правилі компетенції. Принцип «надаючи пацієнтові допомогу, не нанеси йому шкоди» складає тільки один елемент всієї безлічі моральних обов'язків.

Патерналізм може виявлятися сильно або слабо залежно від здатності пацієнта ухвалювати самостійні рішення. Сильний патерналізм відкидає навіть ті рішення, які пацієнт прийняв добровільно на основі достатньо повної інформації про свій стан. Патерналізм вважається слабким, коли здатність пацієнта ухвалювати самостійні рішення перебуває під впливом емоцій, що робить їх недобровільними, або коли пацієнт недостатньо інформований і його рішення не можуть бути адекватними ситуації, що склалася. Патерналізм має певні можливості для того, щоб захистити людину від його власних неправильних рішень, але, у такому разі, від принципу пошани автономії пацієнта. Сильний патерналізм, надмірна турбота про пацієнта, нав'язування йому своєї думки не завжди морально виправдані на відміну від патерналізму в слабкій формі.

У сучасній медицині така модель залишається найбільш переважною і найпоширенішою. Основна перевага патерналістичної моделі взаємин: чіткість рішень і дій лікаря. Патерналізм найбільш прийнятний в педіатрії, психіатрії, геріатрії. У таких взаємовідносинах обмежуються права пацієнта і не дотримується пошана самостійності пацієнта, яка є однією з основоположних цінностей цивілізованого способу життя. Недоліки моделі в тому, що взаємини можуть перерости у відносини типу «начальник – підлеглий».

Друга модель – «технічного» типу, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною»

Основний принцип цієї моделі – роз'яснення і посередництво. Один із наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Наукова традиція наказувала вченому «бути неупередженим». В цій моделі спілкування лікар виступає в ролі експерта. На підставі клінічних даних і експериментально-лабораторних досліджень він ставить остаточний діагноз, пояснюючи хворому все, що стосується його захворювання, при цьому абсолютно не зачіпає життєвих проблем хворого. В рамках цієї моделі пацієнт сприймається лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря або фізичного терапевта – виправлення відхилень в несправному фізіологічному механізмі. Методи діагностики, які використовує лікар: біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші. Він повинен опиратися на факти, уникаючи ціннісних думок, лише після медичних досліджень нацистів і створення атомної бомби, коли за досліджуванним не признавалося ніяких прав (досліди, що проводились над ув'язненими концентраційних таборів), людство усвідомило небезпеку подібної позиції.

Учений не може бути вище за загальнолюдські цінності. Лікар в процесі ухвалення рішення не може уникнути думок морального й іншого ціннісного характеру.

Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достоїнства особи. Пацієнт не бере участь в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує чисто технічні функції.

Третя модель – колегіального типу. Основний принцип – рівноправ'я, де взаємна довіра відіграє вирішальну роль. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення і наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, які прагнуть до загальної мети – до ліквідації захворювання і захисту здоров'я пацієнта. Лікар – це «друг» хворого. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше виняток з правил.

Модель колегіального типу дозволяє максимально ефективно побудувати взаємини між лікарем і хворим, пацієнтом, дозволяє на практиці реалізувати принцип лікування не захворювання, а хворої людини. На жаль, дана модель взаємин лікаря і хворого в сучасній практиці зустрічається все рідше і рідше. На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Ефективність колегіальної моделі виявляється особливо добре при хронічних захворюваннях. Етнічні, класові, економічні й ціннісні відмінності між людьми роблять принцип загальних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу важко реалізованим.

Четверта модель – контрактного типу, яка передбачає укладання між сторонами контракту, договору, угоди, в якій визначаються рамки їх взаємин. Угода має на увазі дотримання принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості.

Дана модель дозволяє уникнути відмови від моралі з боку лікаря.

Моральна сторона в контракті не знаходить віддзеркалення, але легко здогадатися, що великим успіхом у пацієнтів користується фахівець, що поєднує високий професіоналізм з ретельним дотриманням норм і правил медичної етики. Контрактна модель покликана захистити моральні цінності особи, проте в структурі надання медичної допомоги населенню займає незначне місце.

Розглянуті моделі взаємовідносин лікар-пацієнт є ідеальними конструкціями. Проте можна виділити й інші моделі взаємовідносин лікар-пацієнт:

- інформаційна (безпристрасний лікар і автономний пацієнт);
- дорадча (довіра і взаємна згода);
- ліберальна (активна позиція хворого);
- інтерпретаційна (переконливий лікар, тривале спілкування лікаря з хворим).

Інформаційна модель. Важливою складовою відносин між лікарем і пацієнтом є інформація. Інформативна модель фактично не використовується в нашій країні. Вона являє собою крайній варіант відношення до лікаря як до обслуговуючого персоналу, скоріше навіть технічного. Іншими словами, лікар є продавцем послуг, а пацієнт – покупцем. При цьому право вибору – повністю за покупцем.

Серед питань інформації, яка є найактуальнішою для лікаря, такі:

- ✓ надання пацієнтові медичної та іншої інформації, що має відношення до отриманої пацієнтом медичної допомоги;
- ✓ фіксацію факту надання пацієнтові інформації щодо медичного втручання та отримання згоди пацієнта на таке втручання або відмова пацієнта від необхідного йому медичного втручання;²⁸
- ✓ отримання від пацієнта необхідної інформації під час збирання анамнезу життя та розвитку захворювання.

Інформація, яка є найактуальнішою для пацієнта:

Сучасному лікареві необхідно достеменно знати, яка інформація має бути надана пацієнтові чи його законному представникові, чи існують обмеження щодо надання цієї інформації, якими є вимоги до її надання тощо.

Відповідно до чинного законодавства України, за загальним правилом пацієнтові має бути надана така інформація:

- медична інформація, тобто дані про стан здоров'я пацієнта, мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання тощо;
- інформація щодо надання пацієнтові медичної допомоги (на-приклад, режиму роботи закладу охорони здоров'я, умов перебування у стаціонарі тощо).

Дорадча модель – передбачає рівність і однакову відповідальність лікаря і пацієнта. Більш доцільно використати для освічених пацієнтів, що вникають в суть проблем зі здоров'ям. Вона заснована на тому, що звичайна доросла людина в стані синтезувати

інформацію і виділити для себе пріоритети, а лікар володіє достатніми комунікаційними навичками для того, щоб допомогти пацієнтові в цьому. Дорадча модель змінює роль хворого в самому процесі діагностики та лікування. З пасивного об'єкта втручання він стає активним співавтором, але також і особою, що несе визначену відповідальність за своє здоров'я. У рамках цієї моделі існує і вимога письмової згоди пацієнта на проведення будь-яких маніпуляцій та оперативного втручання.

Ліберальна модель взаємовідносин між лікарем та пацієнтом. Лікар зобов'язаний надати пацієнту всю суттєву інформацію, що стосується захворювання. Пацієнт самостійно здійснює вибір лікування, якому лікар повинен піти, незважаючи на ймовірність деякої необ'єктивності хворого. Саме на пацієнта в кінцевому рахунку покладається відповідальність за вибір лікування. Таким чином, концепція автономії хворого з цієї моделі полягає в контролі за формуванням лікарського рішення.

Інтерпретаційна (тлумачна) модель. Це активне втручання в оповідання хворого. В даному випадку ви висловлюєте швидше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Ви виглядаєте по горло ситим лікарем»; «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?» В той же час існує небезпека неправильного тлумачення сказаного хворим, що може утруднити бесіду. При правильному ж використанні цього прийому ви можете виразити як співпереживання, так і розуміння.

Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретно ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги.

Існують інші орієнтири, згідно яким можна охарактеризувати форми моделі взаємин лікар-пацієнт, наприклад, якщо враховувати не тільки біологічний, але і біографічний план захворювання.

Даний підхід дозволяє говорити про 4 моделі відносин, характер яких визначається станом хворого. Це відносини до пацієнта в гострому періоді захворювання, відносини до хронічних хворих та інвалідів.

Гострі захворювання. Хворі можуть бути пасивними учасниками взаємовідносин лікар-пацієнт. Основне завдання лікаря –вилікувати пацієнта і щонайшвидше повернути до колишнього образу життя.

Хронічно хворі пацієнти. Їх спосіб життя примушує бути компетентними, створювати групи взаємодопомоги. Основне завдання лікаря – реалізувати принцип рівноправ'я і взаєморозуміння в процесі лікування.

Інваліди. Можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикованим тільки до свого ліжка або кімнати.

Вмираючі хворі. Завдання лікаря – забезпечити знеболення, догляд, етичну підтримку і гідне вмирання.

Кожна співпраця встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей.

2. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта

Найбільш значущими міжнародними «джерелами» з питань прав громадян в області медицини є Лісабонська декларація ВМА про права пацієнтів, прийнята на XXXIV сесії ВМА (Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 р., з внесенням поправок на XLVII сесії Генеральної Асамблеї, Балі, Індонезія, вересень, 1995 р.) і Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі (Європейська нарада з прав пацієнтів, Амстердам, 28-30 березня 1994 р. ВООЗ Європейське регіональне бюро). Лісабонська декларація про права пацієнта (1981 р.). Справжня «Декларація» затверджує, що лікар повинен діяти на користь пацієнта згідно своїй совісті, з урахуванням юридичних, етичних і практичних норм тієї країни, де він практикує, а також затверджує основні права, якими, з погляду медичного співтовариства, повинен володіти кожен пацієнт. Якщо в якій-небудь країні положення

законодавства або дії уряду перешкоджають реалізації прав, що нижче перераховані, лікари повинні прагнути, всіма доступними способами відновити їх і забезпечити їх дотримання.

Основні права пацієнта, що затверджені Лісабонською декларацією про права пацієнта:

- пацієнт має право вільно вибрати лікаря;
- пацієнт має право отримати допомогу лікаря, незалежно від сторонніх впливів в своїх професійних медичних і етичних рішеннях;
- пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього;
- пацієнт має право розраховувати на те, що лікар відноситиметься до всієї медичної і особистої інформації, довіреної йому, як до конфіденційної;
- пацієнт має право померти гідно;
- пацієнт має право скористатися духовною або моральною підтримкою, включаючи допомогу служителя будь-якої релігійної конфесії, або відхилити її.

Ставлення до пацієнта завжди має будуватися з максимальним урахуванням його інтересів, а лікування, що застосовується, має відповідати загальноприйнятим і затвердженим медичним принципам і стандартам.

Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнтів в Європі (1994 р.) закріплює право пацієнтів на якісну медичну допомогу, що відповідає високим технологічним стандартам, і принципам людяності у відносинах з особами та організаціями, що надають медичні послуги.

Безпека пацієнтів на сучасному етапі вважається глобальною проблемою, основні шляхи вирішення якої знаходяться в площині здійсненні безпечної медичної діяльності, попередження зараження інфекційними захворюваннями; забезпечення безпечного використання препаратів крові та її компонентів, а також у сфері попередження та усунення негативних наслідків застосування лікарських препаратів, тощо в області лікарської безпеки.

Безпека пацієнтів не зводиться лише до проблеми лікарської безпеки. Тому надалі були прийняті: «Конвенція про права людини і біомедицину» Ради Європи (прийнята в 1996 році), «Конвенція про захист прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997). Хартія основних прав ЄС 2000 декларує право людини на безпеку (ст. 6) і право доступу до медичного обслуговування та медичної допомоги для досягнення високого рівня охорони здоров'я людини.

Європейська хартія з прав пацієнтів (2002) виділяє чотирнадцять прав пацієнтів, серед яких вказані право на безпеку і право на дотримання стандартів якості в охороні здоров'я (поряд з правом на профілактику захворювань; на доступ до медичної допомоги; право на отримання інформації; на інформовану згоду; на вибір лікування на підставі отриманої адекватної інформації; правом на 31 дотримання конфіденційності особистої інформації, та інші).

Програма ВООЗ з безпеки пацієнтів (Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів) 2004 р. (WHO Patient Safety Programme of World Alliance for Patient Safety) виділяє такі «небезпечні» для пацієнтів проблеми, як: негативні наслідки застосування лікарських препаратів та їх поєднань; ризик при використанні медичної техніки; неякісна продукція, яка надходить в систему охорони здоров'я; людський фактор; приховані системні недоліки, з якими доводиться стикатися на будь-якому етапі надання медичної допомоги. Тому пріоритетним напрямом розвитку для будь-якої системи охорони здоров'я, яка прагне до підвищення якості надання медичної допомоги, є забезпечення безпеки пацієнтів.

Лондонська декларація пацієнтів з безпеки пацієнтів 2006 р. (London Declaration of Patients for Patient Safety) розроблена на підтримку права пацієнтів на безпечну медичну допомогу за рахунок зниження ризику запобіжної шкоди внаслідок медичних помилок.

Люксембурзька декларація з безпеки пацієнтів 2005 р. (Luxembourg Declaration on Patient Safety) проголошує, що доступ до високоякісної охорони здоров'я – це ключове право

людини. Відповідно, пацієнт має право очікувати, що при наданні йому послуг у сфері охорони здоров'я, йому надаються гарантії їх безпеки.

Декларація Міжнародного альянсу організацій пацієнтів з надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта 2006 р. (Declaration on Patient - Centred Healthcare) містить принципи (повага; залучення пацієнтів у розробку політики охорони здоров'я; вибір і розширення прав і можливостей, забезпечення доступу і підтримки; інформування), які повинні привести до створення системи медичного обслуговування з урахуванням інтересів пацієнтів для досягнення ними максимально доступної якості життя.

Програма подальшої діяльності Всесвітнього альянсу за безпеку пацієнтів на 2008-2009 рр. визначила пріоритетні напрями в боротьбі за безпечну медичну допомогу, а саме: «Безпечна хірургія рятує життя», «Чисте лікування – безпечне лікування»; шляхи вирішення проблеми зниження чутливості збудників інфекційних захворювань до антибактеріальних препаратів.

Права пацієнтів при медичних втручаннях захищають не тільки виконання правила правдивості і правила конфіденційності, але і правила добровільної інформованої згоди.

3. Взаємовідносини лікаря з колегами та іншими ланками медичного персоналу.

Саме медицина в кращих своїх моральних зразках і намаганнях концентрує й наочно уособлює концептуальні принципи та засади професійної колегіальності, тобто фахової взаємоповаги, порозуміння та водночас вимогливості до практичної роботи лікарів заради інтересів хворого. На важливості шанобливого ставлення лікаря до знань та навичок більш досвідченого колеги наголошує Гіппократ у своїй класичній «Клятві». Варто зазначити, що принцип колегіальності загалом ґрунтується й проголошує повагу до будь-якої думки в процесі надання медичної допомоги (скажімо, під час консилиуму), незалежно від офіційного статусу лікаря. Власне, консилиум — то не обов'язково зіткнення протилежних міркувань трьох-чотирьох спеціалістів або якийсь формальний акт чи процедура.

Колектив (лат. *collectivus* — *збірний*) — вищий рівень розвитку спільності, стосунки в якій опосередковуються особисто значущим і суспільне цінним змістом спільної діяльності. Психологія колективу стала предметом теорії діяльнісного опосередкування міжособистісних стосунків.

Колектив — ідеальна з погляду суспільства спільність, формування якої всіляко заохочується. Будь-яке суспільство прагне відтворити себе в групі, яка боролася б за втілення його цінностей.

Колегіальність у медичному колективі є одним із наріжних принципів, які регулюють взаємостосунки між співробітниками.

Колегіальність — це співробітництво і єдність, довіра й взаємоповага у вирішенні складних питань діагностики, патології та лікування хворих. На жаль, у клінічній практиці зустрічаються непоодинокі випадки прикрого нехтування даним професійним принципом з боку як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Частіше колегіальність порушують деякі молоді лікарі- кар'єристи, які в гонитві за "авторитетом" чи зиском поступаються принципами добропорядності щодо товаришів по роботі. Не може бути ніякого виправдання таким лікарським висловлюванням, як, наприклад: «Вам встановили помилковий діагноз», «Вважайте за щастя, що потрапили на лікування до мене» тощо. Свідоме чи навіть легковажне, випадкове паплюження професіоналізму колеги шкодить і справі, й пацієнтові. Адже чи буде відвідувач такого лікаря й надалі вірити в медицину? Напевно, ні. Отже, штучні методи самореклами й ствердження свого "авторитету" згубні хоча б тому, що будуються на аморальній основі.

Малодосвідчених лікарів необхідно вчити, лікарські помилки потрібно обговорювати і виправляти, але все це повинно відповідати вимогам лікарської етики. Навіть досить авторитетний лікар має терпимо ставитися до думки іншого лікаря, а у разі потреби ввічливо пояснити хворому причину відміни раніше призначеного медикаментозного препарату і

заміни його іншим, доцільність дообстеження, призначення нових діагностичних процедур. Зрозумілість, небажання зрозуміти колегу шкодять як самому лікарю, так і медицині.

Порушення принципу колегіальності — неповага до думки колеги, дискредитація його авторитету в очах хворих — не є умісне з професійною, честю. Значення принципу колегіальності підвищується завдяки розвитку медичної науки і техніки, постійному ускладненню задач діагностичного пошуку. Принцип колегіальності передбачає увагу до особистості колеги, прагнення безкорисливо надати йому допомогу у вирішенні професійних завдань і, якщо необхідно, вказати на його помилки та осудити його аморальні дії.

Колегіальність у медицині — це не тільки дотримання відповідних етичних норм, а своєрідне колективне надбання професійного досвіду; це школа, де набувають лікарської майстерності через інформацію, що передається вербальним шляхом за максимально короткий проміжок часу.

Література

1. Гуліна Л. В., Зендик О. О., Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.

2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.

4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.

5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття 2

Тема Ятрогенії: основна їх причина, наслідки і профілактика

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати:

- ✓ загальні принципи медичної етики та біоетики;
- ✓ принципи взаємовідносин в системі лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар - медичний персонал
- ✓ мати уявлення про базові нормативні документи, кодексами, деклараціями, що регулюють всі етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження.

Вміти:

- ✓ застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами (в тому числі з особливостями роботи за дітьми та пацієнтами похилого віку) та в медичному колективі в цілому;
- ✓ розрізняти головні етичні категорії;
- ✓ визначати причини та характер лікарських помилок в кожній окремій ситуації та ступінь відповідальності за них.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Поняття про ятрогенні захворювання.
2. Причини ятрогенії.
3. Основні види ятрогенії.

4. Шляхи уникнення ятрогеній.
5. Проблема взаємин в системі «лікар-хворий» як одна з причин ятрогеній.

1. Поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання».

Ятрогенія – це будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та інвалідизації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів, які розвилися в результаті як помилкових, так і правильних дій лікаря.

Терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» (1925 р.).

У перекладі з грецького (від *iatros* - лікар, *gennim* - створювати, породжувати), ятрогенії можна представити як захворювання, породжені лікарем. Ці терміни означають психогенне захворювання або невроз, що виникає на ґрунті несприятливої дії на психіку хворого поведінки лікаря або медпрацівників. У статті А.О. Ельштейна у Великій медичній енциклопедії дається наступне визначення ятрогенного захворювання:

«Ятрогенні захворювання (грец. *iatros* – лікар – творець, виробник) – це психогенні розлади, що виникають, як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників невірних, необережних висловів або дій».

У формуванні ятрогеній зазвичай відіграють роль ситуаційні моменти, що несприятливо склалися, в період контакту лікаря з хворим. Р.А. Лурія в своїй книзі «Внутрішня картина хвороб і ятрогенні захворювання» (1977) пише: «Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання».

Разом з тим, в наш час виділяють значний перелік патологічних станів, які відносять до спектру ятрогеній.

2. Основні причини ятрогенії

За даними ВООЗ, ятрогенії зустрічаються у 20% хворих і складають 10% в структурі госпітальної смертності. Наявною є парадоксальна ситуація, коли разом з безперечною користю медицина може породжувати наслідки ще більш негативні, ніж основне захворювання (залишення інструментів в організмі після операції, внутрішньо-лікарняне інфікування, лікарські алергії, післяопераційні захворювання).

За даними 43-ою сесією ВООЗ, під егідою якої розроблена Міжнародна класифікація захворювань Х перегляду (МКХ 10), ятрогенія була занесена в ранг основного захворювання. Понад двох розділів МКХ містять перелік діагнозів, пов'язаних ятрогенними пошкодженнями: ускладнення хірургічних і терапевтичних втручань, не класифіковані в інших рубриках (Т80-Т88) – хірургічні інфекції, ускладнення механічного походження, пов'язані з імплантованим пристроєм, шок та інше; ускладнення терапевтичних і хірургічних втручань (У40-У84) – деякі стани (пневмонія, емболія легенів), які можуть виникнути в післяпроцедурному періоді.

Причини ятрогеній численні. І.А. Кассирський в своїй книзі «Про лікування» виділив декілька форм ятрогенних захворювань залежно від причин їх розвитку: пряме травмування хворого невмілою поведінкою лікаря; непряме травмування, пов'язане з читанням медичної літератури; ятрогенії, обумовлені особою пацієнта, схильного до психопатичних, психоастенічних, нав'язливих реакцій; неправильне проведення інструментальних досліджень, помилкове введення лікарських препаратів при навантажувальних пробах (особливо в кардіології); посилене лікування одного захворювання веде до виникнення інших захворювань (нераціональне або неправильне призначення; поліпрагматизм самолікування під впливом реклами фармакологічної продукції).

До одного з різновидів психогеній відноситься «вербальна ятрогенія», обумовлена порушенням медперсоналом етики, коли лікар своєю поведінкою, словом травмує психіку хворого.

Серед причин ятрогеній необхідно розрізняють об'єктивні і суб'єктивні фактори.

До перших належать:

- недосконалість самої медицини;
- невиліковність тієї або іншої патології на сьогоднішній день наявним арсеналом медичних засобів;
- необхідність здійснення інвазивних процедур для підтвердження (спростування) діагнозу.

Суб'єктивні причини виникнення ятрогенних захворювань найчастіше пов'язані з індивідуальними якостями медичного працівника. Мова йде про:

- ✓ недостатність професійних навиків медичного працівника;
- ✓ невміння правильно зібрати інформацію про захворювання пацієнта;
- ✓ незацікавленість в оцінці стану хворого;
- ✓ інші чинники, які цілком залежать від самого лікаря.

3. Основні види ятрогенії

На II Всесоюзній конференції з проблем медичної деонтології (1977) було запропоновано розділити всі ятропатогенії на три групи:

- ятропсихогенії – порушення, обумовлені впливом на психіку хворого;
- ятрофармакогенії – розлади, пов'язані з негативним впливом лікарської терапії;
- ятрофізіогенії – захворювання, викликані фізичним впливом медичних заходів.

С.Я. Долецький (1989) виділяє наступні види ятрогеній:

I. Ятрогенія впливу: медикаментозна; маніпуляційна; наркозно-реанімаційна, хірургічна, аліментарна, променева.

Медикаментозна ятрогенія – виникає найчастіше, тому що поєднання декількох препаратів одночасно може викликати різний ступінь побічних, а іноді, і важких реакцій, пов'язаних з основним захворюванням та індивідуальними характеристиками препаратів, непередбаченими навіть при глибокому їх вивченні. Тому для профілактики медикаментозної ятрогенії французькі медики запропонували не призначати хворим літнього віку і тяжкохворим одночасно більше трьох препаратів.

Маніпуляційна ятрогенія обумовлена надлишком діагностичних і лікувальних внутрішньо-судинних маніпуляцій. Наприклад, особливе значення в її розвитку має постійна циркуляція в крові вірусів, мікроорганізмів, для яких поява в судинному руслі чужорідного об'єкту є стартовим майданчиком для прискорення їх розмноження і «бунту симбіозів» з подальшими септичними або іншими реакціями.

Наркозно-реанімаційної ятрогенії. Розвиток реаніматології привів до появи нового виду ятрогенії – післяреанімаційної, яка виявляється порушеннями обмінних процесів, структур і функцій мозку, ендокринного апарату, серцево-судинної системи, легенів, чинників імунітету і всього гомеостазу в цілому. До наркозно-реанімаційної ятрогенії можна віднести переломи ребер, пошкодження паренхіматозних органів й інші травми, що виникають в процесі реанімації.

Чисельність хірургічних ятрогеній «досить велика, хоча їх точний підрахунок досить утруднений і публікацій з цієї малозрозумілої теми дуже мало». У хірургічній ятрогенії, як у фокусі, концентруються всі чинники, що впливають на частоту виникнення, а її моральна сторона блискуче викладена М.І. Пироговим.

Аліментарна ятрогенія часто обумовлена шкідливими звичками людини, наприклад, нераціональним харчуванням за шкалою факторів ризику по раку; радами, що дають лікарі для схуднення з використанням численних дієт, визначення режиму харчування та інші,

іноді досить суперечливі, що активно підхоплюється і популяризується недостатньо кваліфікованими журналістами.

Аліментарна ятрогенія можлива, коли здоров'ю хворого, який суворо виконує розпорядження лікаря-дієтолога, завдана шкода. Безперечно, що шкоду здоров'ю наносить нераціональне харчування, їжа з низьким вмістом білків, вітамінів. Проте причиною такого харчування є чинники соціальні, а не рекомендації лікарів.

Променева ятрогенія може бути обумовлена використанням різних променевих методів з використанням діагностичних і лікувальних апаратів (рентген, лазер, радіоізотопне сканування, іонофорез та інші), що часто може супроводжуватися серйозними ятрогенними наслідками. Вся перелічена вище апаратура має точну шкалу дозування і надійні способи контролю. Променева ятрогенія розвивається в результаті невідповідності персоналу до її обслуговування, порушень правил безпеки і експлуатації.

II. Ятрогенія бездіяльності.

Прикладом цього роду ятрогенії можна назвати таку поведінку хірурга, який не зважається з будь-яких причин на операцію в той момент, коли важлива кожна хвилина. Якщо затягування операції відбувається через недостатню підготовленість до неї, то це можна кваліфікувати як ненадання медичної допомоги. А це вже є злочином і предметом розгляду не медичної етики, а судової медицини.

Віддалена ятрогенія – це перебудова організму під впливом тривалої гормональної терапії; виникнення катастрофічних реакцій через декілька років після інтеркурентної інфекції; підвищення схильності до інфекцій у дітей, вигодованих штучними сумішами; порушенням психомоторного розвитку дітей при тривалій гіпоксії і родовій черепно-мозковій травмі та інші. Передбачити ускладнення подібного роду досить складно, проте це примушує доктора обов'язково думати про віддалені наслідки своїх втручань.

За тяжкістю ятрогенні ускладнення діляться на легкі, середньої тяжкості й смертельні. За всі перераховані вище порушення лікар несе моральну відповідальність перед собою і лікарським колективом.

4. Шляхи уникнення ятрогенії

Вказані види ятрогеній можуть знижувати ефективність лікувально реабілітаційних заходів, сприяти несприятливому результату хвороби, а також збільшувати вірогідність летального результату. У зв'язку з такими серйозними наслідками ятрогенії придбали медико-соціальне значення. Не зважаючи на наявність сучасних комп'ютерів, вдосконалених діагностичних технологій, розвиток фармацевтичної промисловості, велике значення в розвитку ятрогенних захворювань відіграє людський чинник, тому помилки в медичній практиці неминучі.

Важливо для лікаря – не старатися їх приховати, а знайти їх причину і прийняти всі заходи для того, щоб і далі їх не повторювати. Сьогодні профілактика ятрогенних захворювань починається з глибокого засвоєння майбутніми докторами принципів медичної етики і деонтології, в основі яких лежать добре відношення до хворих і високоморальне, гуманістичне виховання медичних працівників в процесі їх навчання і діяльності.

З метою зменшення ризику виникнення ятрогеній необхідно удосконалювати знання лікаря у питаннях фармакокінетики, фармакодинаміки лікарських засобів, їх сумісності залежно від характеру захворювання і клінічного стану хворого.

Виконання розпоряджень лікаря сприяє зниженню частоти ятрогеній. Несприйняття лікування або труднощі з виконання при-значень спостерігаються зараз з різних причин досить часто. Зменшенню випадків ятрогеній поза сумнівом також сприяє інформованість хворого (або його близьких родичів) про характер хвороби, тактику лікування, можливі ускладнення, методику застосування лікарських засобів, його поведінки залежно від характеру перебігу хвороби і так далі. Ще раз необхідно нагадати, що при спілкуванні з хворими потрібно бути дуже обережним. Мудрості свідчать: «Словом можна пронизати те,

що не проколоти голкою», «Рана, нанесена ножом, заживе, а язиком – ні». Всім лікарям відомі слова Гіппократа: «Якщо є декілька ліка-рів: один лікує травами, інший лікує ножом, а третій – словом, звернися до того, хто лікує словом». Пройшли століття, багато методів лікування забуто, а лікування словом залишається.

5. Проблема взаємин в системі «лікар-хворий» як одна з причин ятрогеній.

Характер спілкування в системі «лікар – хворий» опиняється під впливом підвищення загальної і медичної культури населення. З одного боку, це полегшує їх взаєморозуміння, з іншої – нерідко породжує недовіру і зневажливе відношення до порад лікаря (особливо молодого), сумнів у правильності призначеного ним лікування, прагнення і схильність хворих до самолікування або звернення до не-традиційних методів у медицині. Посилює ситуацію і зростання ятрогенних захворювань, обумовлених медичним втручанням. У сучасних умовах у зв'язку із зростанням психоемоційної напруженості, інформаційних навантажень, темпів соціального життя, частішим виникненням конфліктних ситуацій, перед лікарем постає необхідність гуманізації форм спілкування з пацієнтами, вміння інтуїтивно оцінювати стан хворого, настроїтися на хвилю його переживань, проявити співчуття. Відносини «за вертикаллю» визначаються складними суперечностями між здоров'ям і хворобою. Вони включають безліч аспектів, що передбачають всі нюанси взаємодії лікаря і пацієнта, лікаря і родичів хворого й регулюються деонтологічними правилами поведінки медперсоналу.

У основі правової кваліфікації «ятрогенні» або «ятрогенні захворювання» повинні бути: вивчення початкового стану хворого, аналіз причинно-наслідкового зв'язку і його чинників, правильна оцінка медичного ризику і шкоди стану здоров'я.

При такому підході до ятрогеній буде можливість адекватної і правильної правової кваліфікації, що враховує все різноманіття проявів нових патологічних станів, викликаних лікарськими діями.

Література

1. Гуліна Л. В., Зендик О. О., Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.
2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.
4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.
5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття №3

Тема: Лікарська таємниця: визначення, суть, основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі.

Навчальна мета: Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати

- ✓ Юридичне визначення: що саме є лікарською таємницею згідно зі ст. 40 Основного законодавства України про охорону здоров'я.
- ✓ Склад таємниці: які саме відомості не підлягають розголошенню (факт звернення, діагноз, методи лікування, інтимні подробиці, прогноз).

- ✓ Законодавчу базу України.
- ✓ Міжнародні стандарти: положення Женевської декларації, Міжнародного кодексу медичної етики та Лісабонської декларації прав пацієнта.
- ✓ Умови правомірного розголошення: вичерпний перелік ситуацій, коли таємницю можна відкрити без згоди пацієнта (загроза життю інших, судова вимога, лікування неповнолітніх тощо).
- ✓ Види відповідальності: дисциплінарна, цивільно-правова, адміністративна та кримінальна.

Вміти:

- ✓ Класифікувати інформацію: чітко розрізняти, яка інформація про пацієнта є конфіденційною, а яка — загальнодоступною.
- ✓ Аналізувати ситуації: визначати, чи є в конкретному випадку порушення лікарської таємниці (наприклад, обговорення пацієнта в коридорі або соцмережах).
- ✓ Аргументувати відмову: професійно та коректно відмовляти третім особам (родичам, сусідам, журналістам) у наданні інформації про пацієнта, посилаючись на закон.
- ✓ Оформлювати згоду: правильно складати документальну згоду пацієнта на поширення інформації про його стан здоров'я.
- ✓ Захищати дані: застосовувати на практиці заходи захисту медичної інформації в паперовому та електронному вигляді (робота з МІС — медичними інформаційними системами).
- ✓ Вирішувати деонтологічні дилеми: знаходити баланс між обов'язком мовчання та інтересами громадського здоров'я (наприклад, при виявленні небезпечної інфекції)

Запитання для підготовки до заняття:

1. Поняття лікарська таємниця: визначення, суть.
2. Основні правові документи, що гарантують дотримання лікарської таємниці в Україні та в світі.
3. Аналіз ситуаційних задач (Кейс-стаді).
4. Складання алгоритму (Check-list)
5. Робота з трінологією: конфіденційність (процес захисту даних), лікарська таємниця (об'єкт захисту), приватність (право людини бути залишеною в спокої).

1. Поняття лікарська таємниця: визначення, суть.

Лікарська таємниця або медична таємниця — інформація про стан здоров'я, яка стала відома про особу (пацієнта) лікарю (лікуючому персоналу), обслуговочому персоналу, посадовим особам та службовому персоналу медичної установи при здійсненні ними своїх професійних обов'язків. Належить до конфіденційної інформації. Може бути розголошена тільки за згодою пацієнта або у випадках, передбачених законодавством.

Лікарська таємниця — це правова та етична заборона медикам розголошувати інформацію про стан здоров'я, діагноз, інтимне та сімейне життя пацієнта, отриману під час лікування. Її суть полягає у забезпеченні довіри, захисті приватності та гідності людини. В Україні це гарантується ст. 32, 34 Конституції, ст. 40 "Основ законодавства про охорону здоров'я", ст. 286 Цивільного кодексу.

До лікарської таємниці належать відомості:

- ✓ про сам факт звернення особи за медичною допомогою;
- ✓ про хворобу (діагноз, протікання, прогноз);
- ✓ про застосовані методи лікування та їх ефективність;
- ✓ про особу, яка звернулася за допомогою, її минуле, зв'язки, фізичні й психічні вади, інтимні зв'язки та інше;
- ✓ про сім'ю хворого та сімейний устрій життя.

Пацієнт має знати про свій стан здоров'я у всіх випадках, включаючи онкологічні та психічні захворювання. Медичним працівникам та іншим особам, які у зв'язку з виконанням їх професійних або службових обов'язків дізналися про хворобу, не мають права розголошувати будь-які відомості про пацієнта, крім перед-бачених законодавчими актами випадків. Зокрема забороняється надавати за місцем роботи або навчання діагноз та методи лікування пацієнта. Медики зобов'язані забезпечити анонімність пацієнта, якщо інформація про його лікування використовується у навчальній, науковій роботі або публікується в літературі.

Не є лікарською таємницею інформація, яка стосується здоров'я не окремої особи, а населення загалом або значної групи осіб, вона не є інформацією з обмеженим доступом і не може бути утаємничена ані органами державної влади, органами місцевого самоврядування, ані іншими розпорядниками такої інформації[4].

Основні положення лікарської таємниці:

- ✓ Що входить до таємниці: Факт звернення за допомогою, діагноз, методи лікування, результати обстежень, сімейні та інтимні сторони життя.
- ✓ Хто зобов'язаний зберігати: Лікарі, медсестри, фармацевти, студенти та інші особи, яким інформація стала відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків.
- ✓ Випадки розголошення: Дозволяється лише у передбачених законом випадках (за згодою пацієнта, за запитом суду/правоохоронних органів, для захисту життя пацієнта або суспільства).

2. Історія формування лікарської таємниці.

Лікарська таємниця з виникненням була абсолютна. Лікар не мав права нічого розповідати про стан пацієнта. У Стародавній Індії, у довірчих відносинах лікаря і пацієнта діяв афоризм: «Можна страшитися брата, матері, друга, але лікаря — ніколи!». У «Клятві Гіппократа» одним з етичних принципів є дотримання лікарської таємниці: «Про що б я не дізнався під час виконання своїх професійних дій або окрім них, що б не побачив і не почув про дії людського життя, які не слід будь-коли розголошувати, я змовчу, вважаючи це таємницею». З часом текст клятви змінювався, але принцип таємниці залишався.

У Європі з XVI століття лікарська таємниця стала вводитися у законодавчі акти. У статуті медичного факультету Паризького університету 1600 року була прописана заборона видавати таємниці хворих.

На початку XX століття, аналогічно до клятви Гіппократа була прийнята медсестринська «Клятва Флоренс Найтінгейл» (назву отримала від засновниці сестринського руху Флоренс Найтінгейл). У ній є такі слова: «Я буду тримати в таємниці всю особисту інформацію, яка буде у моєму розпорядженні під час роботи з пацієнтом та його рідними».

У Міжнародному кодексі медичної етики, який існує з 1949 сказано: «Лікар повинен зберігати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта в силу довіри, що чиниться йому».

Лікарська таємниця з часом перестала бути абсолютною і набула часткового характеру. Відомості, які отримав лікар, можуть бути розголошені, якщо її збереження загрожує суспільству.

3. Правові документи про лікарську таємницю :

В Україні:

Всі випускники вищих медичних закладів України дають Клятву лікаря України (затверджену у 1992 році), у якій сказано «зберігати лікарську таємницю, не використовувати її на шкоду людині».

Положення про лікарську таємницю регулюються насамперед Конституцією України, яка захищає особисте і сімейне життя людини. Розголошувати такі відомості можна в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту

репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя (ст. 34), Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», де дано визначення лікарської таємниці та як вона може бути використана ст.39-40, 43) та інших законодавчих актах.

Лікарська таємниця може бути розголошена тільки у певних випадках:

- ✓ батькам (усиновлювачам) щодо їхніх дітей;
- ✓ наявності згоди пацієнта на поширення такої інформації;
- ✓ наречені мають право взаємно знати про стан здоров'я;
- ✓ повідомляти і надавати інформацію за запитом уповноважених органів про насильство у сім'ї;
- ✓ надавати відомості про стан психічного здоров'я та про надання їй психіатричної допомоги без згоди особи або її законних представників у випадках коли особа потребує лікування через тяжкий психічний розлад або запитом правоохоронних органів у зв'язку з проведенням слідства щодо цієї особи;
- ✓ інформацію про тестування на ВІЛ та його наслідки дозволяється надавати тільки особі, її батькам чи іншим її законним представникам; медичним працівникам, які займаються лікуванням особи; іншим особам тільки з дозволу суду;
- ✓ інформацію про лікування в наркологічних закладах дозволяється надавати правоохоронним органам лише у випадках притягнення її кримінальної чи адміністративної відповідальності;
- ✓ родичі або уповноважені особи, яка померла, мають право бути присутніми про дослідженні причин смерті або знайомитися з висновками щодо цього. Також інформація може надана цим особа або за запитом адвоката, якщо така інформація слугуватиме інтересам рідних, близьких, спадкоємців померлого.
- ✓ якщо необхідна інформація, яка становить лікарську таємницю, у судовій справі, то вона надається за визначеним законодавством клопотанням.

Правові документи, які регламентують лікарську таємницю.

- ✓ Конституція України (ст. 32 — невтручання в особисте життя, ст. 34 — право на інформацію).
- ✓ Основи законодавства України про охорону здоров'я (ст. 40, ст. 39-1 — право на таємницю про стан здоров'я).
- ✓ Цивільний кодекс України (ст. 286 — право на таємницю про стан здоров'я).
- ✓ Кримінальний кодекс України (ст. 145 — незаконне розголошення).

У світі:

- ✓ Женевська декларація Всесвітньої медичної асамблеї, прийнята на 2-й Генеральній Асамблеї Всесвітньої медичної асоціації (вересень 1948 року);
- ✓ Міжнародний кодекс медичної етики, прийнятий 3-ю Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (жовтень 1949 року);
- ✓ Положення про захист прав та конфіденційності пацієнта, прийняте 45-ю Всесвітньою медичною асамблеєю (жовтень 1993 року);
- ✓ Положення та погляди Всесвітньої психіатричної асоціації про права і юридичний захист психічно хворих, прийняті Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної асоціації на VIII Всесвітньому конгресі із психіатрії (жовтень 1989 року);
- ✓ Гавайська декларація Всесвітньої психіатричної асоціації, схвалена Генеральною асамблеєю Всесвітньої психіатричної асоціації (липень 1983 року);
- ✓ Резолюція 46/119 «Захист осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги», прийнята Генеральною асамблеєю ООН (лютий 1992 року)];
- ✓ Рекомендація 818 (1977) щодо ситуації з психічними захворюваннями, прийняті Парламентською асамблеєю Ради Європи (жовтень 1977 року);

✓ Рекомендація Комітету міністрів державам-учасникам стосовно правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади, що примусово утримуються як пацієнти (лютий 1983 року).

За порушення лікарської таємниці передбачена дисциплінарна, цивільно-правова, адміністративна або кримінальна відповідальність. Повсякденному житті порушення лікарської таємниці дуже часті. Так лікарі у палаті може повідомляти пацієнту про його захворювання у присутності інших пацієнтів. Лікар або медичний персонал може надати по телефону інформацію особі, яка не є родичем пацієнта, а при особистій зустрічі не вимагатимуть документів, як підтвердять відносини з пацієнтом.

Стаття 285 Цивільного кодексу України дозволяє лікарям не надавати повну інформацію про хворобу особі, якщо це погіршить її стан здоров'я. Але при наявності такої інформації особа може зовсім інакше використати свої останні дні життя: переглянути відносини з близькими, розпорядитися власним майном та заощадженнями, завершити якісь справи та інше

Література

1. Гуліна Л. В., Зендик О. О., Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.

2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.

4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.

5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття №4

Тема: Зміст та структура біомедичної етики, її основні теоретичні та прикладні аспекти у сучасному суспільстві.

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати:

- ✓ Визначення біоетики як міждисциплінарної галузі знань, що вивчає моральні аспекти виживання людини в умовах розвитку новітніх біотехнологій.
- ✓ Рівні біоетики.
- ✓ 4 основні принципи біоетики (за Бічампом і Чілдрессом):
- ✓ Основні правила біоетики: правдивості, конфіденційності, добровільної інформованої згоди.
- ✓ Проблемне поле: які саме питання вирішує сучасна біоетика (евтаназія, клонування, трансплантація, репродуктивні технології, сурогатне материнство, генетичні маніпуляції).
- ✓ Роль етичних комітетів: навіщо вони існують при лікарнях та наукових центрах.

Вміти:

- ✓ Ідентифікувати етичну проблему: бачити конфлікт цінностей у складних клінічних ситуаціях.
- ✓ Застосовувати модель інформованої згоди: правильно пояснювати пацієнту суть процедури, ризику та альтернативи.

- ✓ Аналізувати біоетичні дилеми: аргументувати різні точки зору (наприклад, «за» і «проти» трансплантації органів від неспоріднених донорів).
- ✓ Дотримуватися деонтологічних норм: трансформувати теоретичні принципи (повага до життя) у практичні дії (дбайливий догляд, етичне спілкування).
- ✓ Критично оцінювати новітні технології: аналізувати наслідки впровадження генетичного редагування або штучного інтелекту в медицині з моральної точки зору.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Теоретичні основи біоетики.
2. Світоглядні моделі біоетики і деонтології.
3. Принципи Бічампа та Чілдресса
4. Біоетика в суспільстві.
5. Глобальна біоетика.

1. Визначення та суть

Біомедична етика — це міждисциплінарна галузь знань, що вивчає моральні, юридичні та філософські проблеми, які виникають у зв'язку з розвитком новітніх медичних і біологічних технологій.

Біомедична етика — це міждисциплінарна галузь, що вивчає моральні, правові та філософські проблеми сучасних медико-біологічних технологій (генна інженерія, трансплантація, евтаназія). Уперше введений Ван Ренсселером Поттером у 1970 році як «наука про виживання»..

Біомедична етика — це система знань про моральні аспекти втручання в життя людини, що базується на принципах поваги до автономії, гідності, «інтегрити» та вразливості. Вона регулює відносини "лікар-пацієнт", медичні дослідження та застосування новітніх біотехнологій. В сучасному суспільстві це інструмент захисту прав людини, що регулює питання, пов'язані зі смертю, генетикою та справедливістю, закріплені у міжнародних та національних кодексах.

2. Зміст та структура біомедичної етики. Біоетика виникла як відповідь на бурхливий розвиток медицини у 60-70-х роках ХХ століття.

Теоретичний аспект (філософський):

- ✓ Принципи (за Бічампом і Чілдресом): Повага до автономії особистості (інформована згода), принцип «не зашкодь», принцип «роби добро», принцип справедливості.
- ✓ Європейська модель: Основний акцент робиться на людській гідності (кантівська концепція) та вразливості.
- ✓ Фундаментальні категорії: Обов'язок, совість, честь, такт, гідність.

Прикладний аспект (біоетика):

- ✓ Початок життя: Штучне запліднення, аборти, контрацепція.
- ✓ Кінець життя: Евтаназія, паліативна допомога, визначення моменту смерті.
- ✓ Генетика та біотехнології: Клонування, редагування геному, ГМО.
- ✓ Медичні дослідження: Етичні вимоги до експериментів на людях.

Деонтологія (медична етика): Сукупність етичних норм поведінки медичного працівника (лікарська таємниця, гуманне ставлення)

Основні характеристики:

- ✓ Термін: Вперше застосований американським онкологом Ван Ренсселером Поттером у 1970 році.
- ✓ Суть: Комплексний аналіз етичних конфліктів у медицині, що виникають при застосуванні новітніх технологій.
- ✓ Мета: Забезпечення захисту прав, гідності та життя людини від зачаття до смерті.
- ✓ Ключові проблеми: Евтаназія, клонування, репродуктивні технології, трансплантологія, генна інженерія та лікарська помилка.

На роль теоретичної основи біоетики претендують кантівська деонтологія, утилітаристські, ліберальні, егалітаристські, теологічні моральні теорії і, навіть такі, що виникли нещодавно — феміністична етика «турботи», казуїстична етика (заснована на аналізі окремих випадків), нарративна, герменевтична, персоналістська. Виходячи з цього, більшість підручників і хрестоматій з біоетики починаються з перегляду, «інвентаризації» добре відомих моральних теорій, після чого, на думку деяких дослідників, у читача взагалі зникає впевненість в існуванні будь-якої «особливої» теорії біоетики.

3. Принципи і правила біомедичної етики . Принципи і правила біомедичної етики вимагають суб'єктивного підходу, оцінки, що у свою чергу, залежить від типу особистості, її вміння брати на себе відповідальність за їхнє виконання, розуміти їхню необхідність та доречність. Наші почуття і турбота про інших часто не можуть бути зведені до обмеженої кількості принципів і правил. Професійна роль лікаря вимагає певних рис характеру: здатності співчувати, проникливості, надійності, цілісного підходу до речей і явищ.

Сьогодні принципи біомедичної етики — це загальновизнані моральні норми не тільки в професійній медичній діяльності, але й діяльності будь-якого вченого, який має справу з проведенням біомедичних досліджень на людях. Вони закріплені в медичних і лікарських кодексах, міжнародних документах, національних законодавствах в сфері охорони здоров'я.

В основі європейської біоетики і біоправа лежать чотири етичних принципи: поваги автономії особистості, поваги гідності особистості (*respect for personal dignity*), «інтегрити» (*integrity*) і вразливості (*vulnerability*). Вони виступають не тільки підставою європейської біоетики, але й фундаментом нормативно-правової та законодавчої бази європейських країн, отримуючи свою інституалізацію в національних Конституціях (Франція, Норвегія) або окремих законодавчих актах в сфері охорони здоров'я людини і екології (Австрія, Бельгія).

4. Громадські організації біоетичної спрямованості. В Україні активно працює низка громадських організацій біоетичної спрямованості. Першою офіційною зареєстрованою в 2000 році всеукраїнською громадською організацією, яка взяла на себе завдання поширення ідей біоетики в Україні, стала Українська Асоціація з біоетики, яка об'єднала під своєю егідою філософів, біологів, медиків, представників громадськості України. Ще одна Асоціація з біоетики – Харківська, була заснована в 1999 році. Вона об'єднала професорів, викладачів та студентів вузів, науковців та співробітників НДІ, представників громадських організацій. У Львові в 2001 році зареєстровано як громадську організацію Інститут біоетики ім. Я. Базилевича, створений на базі регіонального інституту Української Академії державного управління при Президентові України та Львівського державного медичного університету ім. Д. Галицького. У 2003 р. при Кримському державному медичному університеті ім. С.І. Георгієвського створено Кримський регіональний комітет з біоетики, який почав свою роботу з біоетичної оцінки наукових робіт, що проводяться в університеті. До його складу увійшли провідні фахівці університету, представники християнської церкви і громадської молодіжної організації "Кримський клуб біоетики та екології".

Крім цього сьогодні носіями ідей біоетики виступають асоціація психіатрів України, Київський еколого-культурний центр, Харківське товариство захисту тварин, Кримський центр біоетики, Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів, Всеукраїнське лікарське товариство та ін. Їх завданнями є підготовка рекомендацій для проведення біоетичної експертизи, розробка пропозицій щодо законодавчого регулювання в галузі біоетики, участь у міжнародному співробітництві з питань біоетики, координація та моніторинг діяльності відомчих комісій та комітетів біоетичної спрямованості, інформування населення про існуючі проблеми в галузі біоетики.

5. Біоетика у сучасному суспільстві

У сучасному суспільстві біоетика виконує функцію морального регулятора у критичних ситуаціях, де правові норми недостатні.

- ✓ Повага до автономії пацієнта: Пацієнт має право самостійно приймати рішення щодо власного тіла та лікування (інформована згода).
- ✓ Захист вразливих груп: Особлива увага приділяється захисту прав пацієнтів, які не можуть дати згоду, або уразливих соціальних груп.
- ✓ Етичні комітети: Створення комітетів при лікарнях та наукових установах для оцінки правомірності досліджень.
- ✓ Соціальна справедливість: Доступність високотехнологічної медичної допомоги для всіх верств населення.

Біомедична етика на сучасному етапі — це не просто правила, а інструмент забезпечення безпеки, справедливості та гуманізму у медицині.

Література

1. Гуліна Л. В. , Зендик О. О. , Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.
2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ “Медицина”, 2010. 200 с.
3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.
4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.
5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття №5

Тема: Світорозуміння і завдання підготовки майбутнього фахівця-медика, фізичного терапевта.

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв’язання.

Знати:

- ✓ Суть біопсихосоціальної моделі здоров’я та її переваги над суто медичною моделлю.
- ✓ Етичний кодекс фізичного терапевта, принципи конфіденційності, емпатії та професійної межі.
- ✓ Основи Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров’я (МКФ).
- ✓ Складові професійного стандарту за спеціальністю 227 (компетентності та програмні результати навчання).
- ✓ Права та обов’язки фахівця з реабілітації в системі охорони здоров’я України.
- ✓ Роль у мультидисциплінарній команді: Хто такий фізичний терапевт і як він взаємодіє з лікарями, ерготерапевтами та психологами.

Вміти:

- ✓ Аргументувати пацієнту важливість його активної участі в процесі відновлення (партнерська модель).
- ✓ Формулювати цілі терапії за принципом SMART (конкретні, вимірювані, досяжні, актуальні та обмежені в часі).
- ✓ Оцінювати стан опорно-рухового та нервово-м’язового апаратів для створення плану втручання.
- ✓ Адаптувати програму фізичної терапії залежно від динаміки стану пацієнта та його психологічного настрою.

- ✓ Застосовувати техніки запобігання професійному вигоранню та зберігати об'єктивність у складних клінічних випадках.
- ✓ Чітко фіксувати результати обстежень та хід терапії згідно з вимогами доказової медицини.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Поняття світорозуміння в медицині
2. Завдання підготовки сучасного фахівця
3. Специфіка світорозуміння для фізичного терапевта

1. Поняття світорозуміння в медицині

Світорозуміння в медицині — це цілісна система поглядів лікаря на здоров'я, хворобу, життя та смерть, що базується на наукових знаннях, етичних принципах та гуманізмі. Воно формує клінічне мислення, визначає вибір методів лікування (наприклад, доказова медицина) та ставлення до пацієнта як до особистості.

Світорозуміння в медицині — це цілісна система поглядів лікаря на сутність життя, здоров'я, хвороби та смерті, що базується на наукових знаннях (анатомія, фізіологія, етика) та особистих ціннісних орієнтирах. Воно визначає підходи до діагностики, лікування та взаємодії з пацієнтом, поєднуючи біологічне, психологічне та соціальне розуміння людини.

Основні аспекти світорозуміння в медицині:

- ✓ Біомедична модель: Класичний підхід, орієнтований на фізичні причини хвороби, діагностику та лікування окремих органів.
- ✓ Біосоціопсихологічна модель: Сучасне світорозуміння, що розглядає пацієнта не лише як біологічний об'єкт, а як особистість у поєднанні з психічними та соціальними факторами (включаючи спосіб життя).
- ✓ Гуманізм та етика: Повага до гідності людини, право на вибір, лікарська таємниця та дотримання принципів біоетики.
- ✓ Філософські основи: Питання про сутність життя і смерті, що обумовлює шляхи лікування.

Медичне світорозуміння постійно еволюціонує, переходячи від суто біологічного розуміння до цілісного (холістичного) підходу, де лікують не хворобу, а людину.

2. Світорозуміння майбутнього фахівця

Підготовка сучасного фахівця з фізичної терапії базується на поєднанні глибоких медичних знань, гуманістичного світорозуміння та практичних навичок відновлення здоров'я пацієнтів.

Світорозуміння фізичного терапевта формується на засадах біопсихосоціальної моделі, де пацієнт розглядається не просто як сукупність симптомів, а як особистість у контексті її життєдіяльності та оточення.

- ✓ Гуманізм та етика: Розуміння цінності людського життя, повага до гідності пацієнта та відповідальність за його здоров'я.
- ✓ Студентоцентрованість: Формування індивідуальної освітньої траєкторії та розвиток академічної свободи майбутнього медика.
- ✓ Соціальна відповідальність: Готовність до роботи в умовах сучасних викликів, зокрема реабілітації травм війни.

Специфіка світорозуміння фізичного терапевта базується на біопсихосоціальній моделі, де людина розглядається не лише як біологічний механізм, а як цілісна особистість, чие здоров'я залежить від взаємодії фізичних, психологічних та соціальних чинників.

Ключові аспекти світорозуміння:

- ✓ Рух як основа життя. Головна філософія фахівця полягає в тому, що рух є ключовим інструментом для досягнення незалежності та покращення якості життя пацієнта.
- ✓ Орієнтація на функціональність. На відміну від класичної медицини, яка часто фокусується на лікуванні хвороби, фізичний терапевт зосереджується на відновленні здатності людини до самообслуговування та участі у суспільному житті.
- ✓ Партнерство та активна роль пацієнта. Пацієнт не є пасивним об'єктом маніпуляцій. Світогляд терапевта передбачає навчання людини самостійно підтримувати свій стан та керувати власним процесом відновлення.
- ✓ Використання МКФ (Міжнародної класифікації функціонування). Це фундамент професійного мислення, який дозволяє оцінювати вплив стану здоров'я на активність та участь людини в житті громади.
- ✓ Безперервний розвиток та доказовість. Професія вимагає постійного оновлення знань відповідно до міжнародних стандартів (наприклад, WCPT), що передбачає критичне мислення та використання лише науково обґрунтованих методів

Етичні та ціннісні орієнтири:

- ✓ Повага до гідності: Визнання автономії пацієнта та його права на вибір шляху реабілітації.
- ✓ Емпатія та підтримка: Розуміння психологічного стану людини, яка пережила травму або хворобу.
- ✓ Соціальна відповідальність: Сприяння створенню безбар'єрного середовища для осіб з інвалідністю.

Професійне навчання фахівця за спеціальністю 227 «Терапія та реабілітація» базується на таких пріоритетах:

- ✓ Оволодіння клінічним мисленням: Формування навичок самостійного обстеження пацієнта, встановлення реабілітаційного діагнозу та прогнозування результатів.
- ✓ Мультидисциплінарний підхід: Навчання роботі в команді разом з ерготерапевтами, лікарями ФРМ, психологами та соціальними працівниками.
- ✓ Практична спрямованість: Використання дуальної форми освіти, де теоретичне навчання поєднується з безпосередньою практикою в реабілітаційних центрах.
- ✓ Освоєння сучасних технологій: Вивчення методів кінезотерапії, нейрореабілітації, механотерапії та застосування високотехнологічного обладнання.
- ✓ Дотримання стандартів доказової медицини: Використання лише тих методів втручання, ефективність яких підтверджена науковими дослідженнями.

Основні компетенції фахівця

Сучасний фізіотерапевт повинен вміти:

- Проводити первинне обстеження та оцінювати фізичний стан пацієнта за допомогою міжнародних шкал.
- Розробляти індивідуальні програми реабілітації з урахуванням нозології та потреб людини.
- Застосовувати фізичні чинники (електро-, водо-, світлолікування) та фізичні вправи як основний інструмент відновлення.
- Моніторити ефективність втручань та вчасно коригувати план лікування.

Кваліфікаційні вимоги до фахівця фізичного терапевта:

Завдання та обов'язки. Виконує професійні обов'язки в закладах охорони здоров'я, освітніх, соціальних закладах, установах та організаціях державного, громадського і приватного секторів в мультидисциплінарному та монопрофесійному середовищах.

Здійснює реабілітаційні заходи з метою припинення або зменшення болю, відновлення функцій тканин, органів, систем та організму в цілому, досягнення нормального рівня здоров'я, фізичної самостійності та активності, оптимального фізичного стану та самопочуття осіб усіх вікових категорій з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату,

ортопедичними вадами, побутовими, спортивними та професійними травмами, неврологічними, серцево-судинними, респіраторними та іншими захворюваннями та їх наслідками, людей літнього віку з віковими ускладненнями. Проводить обстеження, тестування, визначає функціональний стан та рівень фізичного розвитку, виявляє рухові та інші порушення, прогнозує можливість їх усунення.

Складає та виконує програми фізичної терапії, або компоненти індивідуальної програми реабілітації, які стосуються фізичної терапії. Встановлює цілі фізичної терапії, розробляє і впроваджує комплекс заходів та рекомендацій, спрямованих на поліпшення діяльності опорно-рухового апарату, нервової, серцево-судинної, інших систем та організму в цілому, рівноваги, координації, збільшення сили, витривалості м'язів і вдосконалення вправності рухів, відновлення або компенсацію порушених чи відсутніх функцій. Застосовує фізичні вправи, масаж, мануально-м'язові та суглобові техніки, преформовані фізичні чинники.

Навчає самоогляду, пересуванню, самостійності у підтримці фізичного стану та здоров'я. Аналізує хід виконання програми фізичної терапії, та вносить необхідні корективи, веде відповідну документацію. Співпрацює з лікарями фізичної та реабілітаційної медицини, ерготерапевтами, фахівцями освіти (спеціальної освіти), терапевтами мови та мовлення (логопедами), фахівцями психічного здоров'я, соціальними працівниками. Надає консультації у межах своєї компетенції та визначає необхідність звертання пацієнтів/клієнтів до інших фахівців сфери охорони здоров'я. Керує роботою асистентів та помічників. Здійснює професійну діяльність в галузі охорони здоров'я за скеруванням лікаря (в реабілітаційних закладах та в монопрофесійному середовищі). Консультує родичів та опікунів щодо виявлених порушень та можливих шляхів їх усунення, способів досягнення максимальної незалежності і нормального рівня здоров'я, залучає їх до планування і проведення програми фізичної терапії, надає їм необхідну консультативну допомогу. Здійснює наукову та адміністративну діяльність, постійно удосконалює свій професійний рівень, дотримується правил та норм професійної етики. Бере участь у навчальних програмах як викладач з фізичної терапії та/ або клінічний керівник/ методист навчальних практик. Формулює пропозиції для покращення надання послуг з фізичної терапії; застосовує методи поглибленого обстеження та тестування за вибраними напрямками клінічної діяльності; оцінює результати поглибленого обстеження та тестування; складає, виконує та коригує програму фізичної терапії при складних порушеннях; застосовує мануальні методики фізичної терапії за вибраними напрямками клінічної діяльності; використовує складне реабілітаційне обладнання; діє самостійно за умов професійної ізоляції; надає консультативну допомогу фізичним терапевтам без категорії; впроваджує нові науково обґрунтовані методики, або клінічні протоколи фізичної терапії; провадить навчально-методичну роботу з фізичної терапії (семінари, збори, презентації) у своєму структурному підрозділі, або закладі; складає, виконує та коригує програми фізичної терапії при важких та тривалих порушеннях; застосовує складні мануальні методики фізичної терапії за одним, або декількома напрямками клінічної діяльності; навчає використовувати складне реабілітаційне обладнання; застосовує вузькопрофільні методики обстеження та втручання у фізичній терапії; проводить клінічну оцінку нових методів фізичної терапії; провадить навчально-методичну роботу з фізичної терапії в межах/ поза межами свого структурного підрозділу або закладу; надає консультативну допомогу фізичним терапевтам усіх категорій.

Повинен знати: нормальну анатомію людини; нормальну фізіологію, патофізіологію та фізіологію рухової активності; біохімію; кінезіологію та клінічну кінезіологію; основи медичної патології; моторний контроль; теорію та методику фізичної культури; основи психології, педагогіки, соціології, методи обстеження, оцінювання та контролю у фізичній терапії; теорію та методику застосування терапевтичних вправ; терапевтичний вплив преформованих фізичних чинників; мануальні методи втручання у фізичній терапії; методи

та засоби профілактики і корекції м'язово-скелетних, неврологічних, кардіореспіраторних та інших порушень на підставі виявлених анатомічних, фізіологічних, патологічних та психосоціальних характеристик осіб різного віку; особливості застосування заходів фізичної терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату, серцево-судинної, нервової та дихальної систем, при множинних порушеннях та протезуванні, у педіатрії та геронтології; дослідження у фізичній терапії; організацію систем охорони здоров'я, фізичного виховання, освіти та соціального захисту, основи національного і міжнародного законодавства в цих галузях; основи медичного права; основи наукових досліджень та науково доказових принципів, планування і виконання експериментальних робіт; основи організації праці, адміністрації та менеджменту в державному і приватному секторах; чинне законодавство України про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що визначають діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я та соціального захисту, організацію реабілітаційної допомоги; норми і правила ведення фахової звітної та облікової документації; Етичний кодекс фізичного терапевта, права, обов'язки та відповідальність фізичного терапевта; організацію реабілітаційної допомоги; принципи командної роботи; методологічні та практичні засади застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ), Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків (МКФ-ДП) та Міжнародної класифікації хвороб (МКХ); досконало володіти державною мовою.

Фізичний терапевт вищої кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична реабілітація», або вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації (згідно чинного законодавства). Наявність посвідчення про підтвердження/ присвоєння вищої кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом не менше 10 років.

Фізичний терапевт I кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична реабілітація», або вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації (згідно чинного законодавства). Наявність посвідчення про підтвердження/ присвоєння першої кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом не менше 7 років.

Фізичний терапевт II кваліфікаційної категорії: вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична реабілітація», або вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю «Фізична реабілітація». Спеціалізація «Фізична терапія». Підвищення кваліфікації (згідно чинного законодавства). Наявність посвідчення про підтвердження/ присвоєння другої кваліфікаційної категорії з фізичної терапії. Стаж роботи за фахом не менше 5 років.

Фізичний терапевт: вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична терапія, ерготерапія» або вища освіта (магістр) у галузі знань «Охорона здоров'я» за спеціальністю «Фізична реабілітація», або вища освіта (спеціаліст, магістр) у галузі знань «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за спеціальністю «Фізична реабілітація». Без вимог до стажу роботи.

Література

1. Гуліна Л. В., Зендик О. О., Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.

2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.

4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.

5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття №6

Тема: Деонтологічні аспекти захисту права на життя та деонтологічні проблеми права пацієнта на смерть.

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати:

- ✓ загальні принципи медичної етики та біоетики;
- ✓ принципи взаємовідносин в системі лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-медичний персонал, фізичний терапевт - пацієнт.
- ✓ мати уявлення про базові нормативні документи, кодексами, деклараціями, що регулюють всі етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження.

Вміти:

- ✓ застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами (в тому числі з особливостями роботи за дітьми та пацієнтами похилого віку) та в медичному колективі в цілому;
- ✓ розрізняти головні етичні категорії;
- ✓ визначати причини та характер лікарських помилок в кожній окремій ситуації та ступінь відповідальності за них.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Поняття «термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть». Етичні проблеми відношення до смерті.
2. Етичні проблеми реанімації.
3. Право людини на смерть. Визначити поняття «вмирання з гідністю».
4. Визначення поняття «евтаназії». Основні види евтаназії.
5. Поняття «хоспіс»: основні функції, медичне і соціальне значення.

1. Визначити поняття «термінальний стан», «клінічна і біологічна смерть». Етичні проблеми відношення до смерті.

Багато тлумачень смерті можна знайти в тлумачних довідниках: «Смерть – це кінець життя» (Оксфордський академічний словник), «Смерть (вмирати) – кінець земного життя, розлучення душі з тілом, вмирання, стан віджилого. Смерть людини, кінець плотського життя, воскресіння, перехід до вічного, духовно-го життя» (Тлумачний словник В. Даля).

Важливою сучасною етико-філософською проблемою є визначення статусу смерті: у якому сенсі слід визнати її існування? Якщо смерть існує, то існує вона як вмирання, як перехід однієї якості в інше: живого – в мертво. Межею ж буття і небуття живого виступає

особливий вид існування – «клінічна смерть». Її специфічна особливість – принципова оборотність, яка породжує етичний імператив, спонукаючи до надання негайної допомоги вмираючому.

Смерть — природне явище, що вінчає кінець життя. Смерть – припинення життєдіяльності організму і внаслідок цього – загибель індивіда як відособленої живої системи. Визначення філософсько-онтологічного статусу смерті припускає вирішення проблеми існування і суті смерті. Смерть клінічна – особливий вид існування – термінальний стан, межа буття і небуття живого; процес вмирання як перехід однієї якості в іншу. Часовий інтервал, що характеризує клінічну смерть, – 5-6 хвилин (іноді менше) – кількісно виражена міра життя, що ще зберігається.

Навколо поняття і суті клінічної смерті ведуться безперервні суперечки. Одні вчені вказують на те, що клінічна смерть «вже не є життям, але ще не є смертю» (В.А. Неговський). Інші вважають її «якісно особливою формою життя», оскільки, з біологічної точки зору, при клінічній смерті ще зберігається достатня кількість «елементів життя», багато функцій яких лише припинилися (А.Я. Іванюшкін). Звідси – специфічна особливість «клінічної смерті» – її принципова оборотність, яка породжує етичний імператив, що вимагає від медиків відношення до клінічної смерті як стану, що потребує невідкладних заходів допомоги вмираючому.

Найважливіше етичне завдання – виробити у хворого механізми захисту від страху перед смертю (емоційні і раціональні). Англійський філософ Ф. Бекон вбачає, що емоційний захист від страху смерті полягає в тому, що «немає в душі людини навіть найслабкішої пристрасті, яка не перемагала б страху смерті; а значить, смерть не може бути таким вже страшним ворогом, раз у людини ціла рать, здатна її здолати. Помста торжествує над смертю; любов її зневажає; честь закликає її; горе шукає в ній притулок; страх передбачає її». Раціональний захист від страху перед смертю передбачався ще в стародавніх релігійних культурах, вченням Сократа, Платона, Аристотеля про безсмертя душі. Простий доказ, що знімає страх перед смертю, приводить Епікур: «...саме жахливе із злого, смерть, не має до нас ніякого відношення; коли ми є, то смерті ще немає; а коли смерть настає, то нас вже немає». Згодом ці та інші подібні ідеї сприймаються християнством і стають традицією європейського духовного життя.

З поняттям «клінічної смерті» тісно пов'язана етична проблема визначення критерію смерті: який ступінь деградації життєвого процесу слід вважати смертю, що об'єктивно наступила?

Критерії смерті – ознаки, що визначають остаточний ступінь деградації життєвого процесу і об'єктивне настання смерті. Сучасні концепції пропонують вважати таким критерієм смерті людського індивіда омертвіння головного мозку. Саме в цьому випадку втрачається автономність і індивідуальність особи, оскільки носієм життя, що забезпечує її автономну цілісність, суверенність і індивідуальність (навіть у біологічному сенсі), є мозок. Тому смерть мозку є розщеплення підстави життя, бо саме в цьому випадку втрачаються її атрибутивні якості. Вибирати не доводиться: людина кінцева, життя його обмежене зачаттям і смертю. Проте при цьому можуть зберігатися деякі видимі ще ознаки життя (наприклад, скорочення серцевого м'яза), тому вікові медичні традиції не дають визнати людину мертвою. І тоді виникає питання: чи є відключення апаратури, що штучно підтримує існування, вбивством? Це питання містить в собі етичні підстави для вирішення практичних завдань сучасної біомедицини.

Одним з найбільш значущих прецедентів в цьому відношенні став «казус Клівлен», що змусив не тільки медиків, але етиків, філософів, юристів вирішувати непросте питання: збереження або припинення життя молодій дівчині, яка впродовж багатьох років перебувала в стані клінічної смерті, пов'язаному із смертю мозку. Як відноситися до цього феномена «вегетативного існування»: це життя чи ні, що слід робити в цій ситуації –

підтримувати це існування або припиняти його, як кваліфікувати дії лікарів в останньому випадку?

Сьогодні при відповідному медичному і економічному забезпеченні хворі в «вегетативному» стані можуть жити, точніше, існувати достатньо довго і після смерті мозку. Питання в тому, чи потрібно це, що це дає? Навіть у найсприятливішому випадку невідомо, чи повернеться до врятованої людини нормальна свідомість (адже пошкодження мозку до недавнього часу вважалися необоротними). Ради чого тоді зберігати це рослинно-тваринне існування, якщо людина перестала бути особою? Разом з тим, сьогодні все частіше з'являються повідомлення про повернення до життя людей, що достатньо довго проіснували у вегетативному стані. Це ще більше ускладнює ухвалення лікарями рішення у разі констатації за-гибелі мозку. Чи можна говорити про прогрес медичного гуманізму у зв'язку з визнанням смерті мозку критерієм смерті людини? Чи не поступається медицина міркуванням утилітарної доцільності, об-грунтувавши і виправдовуючи право обривати нитку людського життя в цьому випадку? Подібні питання, в першу чергу – мораль-ні, постають і при обговоренні інших проблем біомедичної етики: евтаназії, трансплантології та інше.

2. Етичні проблеми реанімації.

Основна форма надання не-гайної допомоги вмираючому – (реанімація) – «пожвавлення» людини, повернення її до життя. Разом з тим, процес реанімації нерідко повертає людину не тільки до життя, але і до страждань, або підтримує життя на такому низькому рівні її якості, яка буває нестерпною для хворого. Тому одна з найважливіших моральних проблем реаніматології – проблема вибору, ухвалення рішення про необхідність реанімації, її тривалість або припинення; рішення питання про те, до яких пір розумні зусилля реаніматологів з продовження життя безнадійно хворої людини, і якими етико-правовими нормами слід при цьому керуватися.

Реанімація (від латин. *reanimatio* – пожвавлення) – сукупність заходів, щодо «пожвавлення» людини в стані клінічної смерті. За-ходи реанімаційної допомоги направлені на те, щоб затримати перехід від життя до смерті і як найскоріше відновити життєдіяльність організму. Основним регулятором для реанімації є чинник часу – кількісно виражена міра життя, що зберігається в умовах клінічної смерті.

Етичні проблеми реанімації при рішенні питання про збереження життя невиліковних хворих – наскільки етичні ідеали традиційної медичної етики, що приписують боротися за життя «до кінця», якщо хворий віддає перевагу «легкій смерті»; при трансплантації – суперечність між необхідністю вилучення для пересадки ще «живого» донорського органу, для чого сам донор повинен бути вже необоротно мертвий; при продовженні життя хворого за допомогою апаратури – які аргументи будуть етично вагомими при відключенні апаратури, тобто по суті справи «убиванні» хворого та інші.

3. Право людини на смерть. Поняття «вмирання з гідністю».

Логічним продовженням права людини на гідне життя, як природного права кожної людини, – є визнання такого ж природно-го його права на гідну смерть. Право на гідну смерть – природне право кожної людини, таке ж, як право на гідне життя, оскільки смерть – інша сторона життєдіяльності людини, що включає двааспекти.

1. Право на смерть, засноване на моральному праві людини вільно, на свій розсуд розпоряджатися собою, своїм життям і смертю, аж до відмови від лікування в ситуаціях, коли воно занадто бо-лісне, безперспективно і веде до втрати людської гідності. Прихильники традиційної медичної деонтології висловлюються проти права на смерть, вважаючи, що воно не належить до таких фундаментальних людських цінностей, як право на життя, а у разі його визнання приведе до несприятливих для суспільства наслідків (масовим зловживанням, дискредитації лікарської професії, панічному страху хворих перед лікарями). Їх опоненти заявляють, що бажання, вільний вибір людини повинні вважатися

вищим законом, визнання права хворого на припинення власного життя не містить в собі ніякої загрози суспільним інтересам, оскільки стосується сфери особистої свободи, що не належить соціальній регламентації

2. Право на гідну смерть, в якому виявляється родова суть людини, – природне прагнення до отримання задоволення і уникнення страждань – фізичних і духовних. Право на гідну смерть фіксує в собі моральні аспекти достоїнства, що гармонізують життя окремої людини і суспільства в цілому. Не тільки відхід з життя з особистих міркувань, коли людина сама віддає перевагу гідній смерті негідному життю, але і нестандартні ситуації, що породжуються науково-технічним прогресом в практиці медицини (трансплантація органів, підтримка людини в несвідомому «вегетативному» стані, нові підходи до визначення критерію смерті і так далі) примушують суспільство переглядати, заглиблювати відношення до права на гідну смерть. Це право припускає етичну турботу про автономію і гідність вмираючого, перш за все, з боку медичних працівників, які повинні дати хворому правдиву інформацію про діагноз його хвороби, про лікувальні процедури і доводи за і проти них, щоб пацієнт сам зміг зробити вибір. Право на гідну смерть включає поняття «вмирання з гідністю». У праві на гідну смерть і гідне вмирання можуть фіксуватися різні моральні цінності і переваги. Одна з крайніх форм реалізації права на смерть – суїцид, самогубство, на яке людина вирішується з особистих міркувань.

У біомедичній етиці моральні проблеми вмирання виникають як «інша» сторона життєдіяльності людини в результаті, так званих, нестандартних ситуацій в практиці медицини, примушуючи медичне співтовариство переглядати і заглиблювати зміст цінностей, що діють в ній, зокрема, відстоюючи право хворого на смерть, «дане йому від народження» (Дж. Кеворкян, «доктор Смерть», США).

Виробляються нові підходи до проблеми вмирання, зокрема, «вмирання з гідністю». Сьогодні людина все частіше йде з життя не вдома, не в кругу рідних і близьких, а в лікарні, де процес вмирання жорстко регламентується персоналом клініки і уявленнями, загальноприйнятими в медичній практиці. Будучи до цього вільним у виборі того, як йому слід розпорядитися своїм життям, в її фінальній стадії він виявляється скованим, а іноді і повністю позбавленим права голосу, вимушеним приймати той стиль поведінки, який вважається обов'язковим в громадській думці. Разом з тим, вмирання з гідністю повинне включати і пошану особистої унікальності людини, його світоглядних, етичних, релігійних або атеїстичних поглядів і переконань, його національної приналежності.

«Вмирання з гідністю» – символізує етичну турботу про вмираючого хворого, що виявляється в шанобливому відношенні до його тілесної і духовної гідності. «Вмирання з гідністю» має однакове відношення як до особистої гідності, так і до гідності суспільства, яке своїми діями по-винне охороняти гідність кожної людини; включає психологічне і естетичне вимірювання: пошана особистої унікальності пацієнта, його світоглядних, релігійних поглядів і переконань, його національної приналежності; турботу про гігієнічний і естетичний стан тіла вмираючого.

«Вмирання з гідністю» припускає також добре обдумане рішення піти з життя самого хворого, яке слід розглядати як прояв самоповаги особи, оскільки воно пов'язане з ціннісним підходом до життя. Поява нової – гуманістичної моделі взаємин людей, посилення автономності особи, впровадження в практичну медицину досягнень науки, що продовжують існування тяжкохворого, але не завжди покращуючи якість його життя, – все це внесло нові відмінки до поняття «вмирання з гідністю», вимагаючи від медичного персоналу особливо дбайливого етичного відношення до вмираючого хворого. Спроби вирішити проблему «вмирання з гідністю» складаються сьогодні з двох протилежних сторін: відстоювання права на евтаназію і впровадження хоспісного руху.

4. Визначення поняття «евтаназії». Основні види евтаназії.

Один з найважливіших аспектів проблеми «вмирання з гідніс-тю» – право хворого на рішення зроблене ним обдумано, з урахуванням свого психічного і фізичного стану, добровільно піти з життя, через смерть, що штучно наближається, – на евтаназію. У грецькій міфології смерть втілена в образі Танатоса (Таната), що належить до старшого, доолімпійського покоління богів. Танат (смерть) був братом Гіпноса (гіпнос – сон) і перебував з ним в царстві мертвих – Аїді, вилітавши звідти, щоб витягти душу у жертви і напитися її крові. Ім'ям Таната названа наука про смерть – танатологія, що розглядає її біологічні і медичні аспекти.

Евтаназія (від древнегрец. *Eu* – добре і *thanatos* – смерть) - поняття, що означає навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковного хворого, який перебуває в термінальному стані, з метою припинення його страждань. Людина, яка вмирає має право визначити, що для нього важливіше: бути людиною, яка володіє самосвідомістю і розумом, або просто залишатися ще якийсь час живим, в стані штучної підтримки життя. Таке рішення пов'язане з ціннісним підходом до життя і може бути розглянуто як прояв самоповаги особистості.

Поняття евтаназія було введено Ф. Беконом ще в XVII ст. У 1935 році в Лондоні було створено перше в світі «Суспільство добровільної евтаназії». Воно було засноване для пропаганди ідей про те, що дорослому пацієнтові, який важко страждає від смертельної хвороби, від якої ще не були відомі способи лікування, закон повинен дати право на милосердя безболісної смерті за умови, що це є бажанням хворого. У 1980-му році це суспільство перейменоване в «EXIT» - «Суспільство за право померти з гідністю».

У 1938 році подібна організація з'явилася в США. В 1941 р. евтаназія дозволена і в швейцарському кантоні Цюріх. У 1973 році суспільства на підтримку евтаназії виникли в Нідерландах і Швеції. У 1976 році в Японії також було організовано суспільство легкої смерті. У 1975 році виходить бюлетень «Новини евтаназії», започаткований Британським товариством евтаназії. З часом такий же бюлетень почало випускати і Американське товариство евтаназії.

У 1989 році Джек Кеворкян заснував практику активної ев-таназії в Америці. Джек Кеворкян (англ. Jack Kevorkian)— амери-канський лікар-патологоанатом, прихильник «права на смерть». Завдяки популяризації евтаназії його прозвали «Доктор смерть». За власним визнанням допоміг покінчити життя самогубством більш як 130 тяжко хворим пацієнтам. У 1989 р. побудував свій власний пристрій, так звану машину самогубства – Mercitron (від англ. *mercy* — милосердя), за допомогою якої невиліковно хворі та страждаючі пацієнти могли самі покінчити життя самогубством. Пристрій дозволяв подачу медичних препаратів у кров, які зупиняли серце і таким чином припиняли страждання хворого. 4 червня 1990 р. перший пацієнт хворий та хворобу Альцгеймера покінчив життя за допомогою пристрою лікаря Кеворкяна. Ідеї і практика евтаназії отримали неабиякий розголос у американському суспільстві. У 1991 р. штат Мічиган відібрав у нього ліцензію на право медичної практики і заборонив працювати лікарем. Незважаючи на заборону, продовжував допомагати тяжко хворим пацієнтам скінчити життя, вже не як лікар, а як приватна особа. За свою діяльність проти нього декілька разів порушували кримінальні справи, але щоразу його виправдовували. Завдяки популярності його послуг серед хворих та деякої підтримки серед загалу населення ідей евтаназії, у американському суспільстві почався діалог щодо доцільності та правових наслідків добровільного скінчення життя. 23 листопада 1998 р. у прямому ефірі телебачення Кеворкян запропонував відеоплівку від 17 вересня того ж року, яка демонструвала добровільне скінчення життя одним з тяжко хворих пацієнтів. На плівці Кеворкян сам зробив ін'єкцію смертельних препаратів хворому, який сам вже був нездатний це зробити і підтвердив своє бажання вмерти. Відеозапис і дії Кеворкяна були розцінені як навмисне вбивство і проти нього була порушена чергова кримінальна справа. На цей раз суд звинуватив його в умисному вбивстві і засудив на 25 років позбавлення волі.

Види евтаназії. Сьогодні визначають евтаназію пасивну та активну, добровільну і ненавмисну.

Пасивна евтаназія – рішення про припинення лікування через безнадійний стан хворого; активна евтаназія – застосування засобів та дій, що прямо або побічно призводять до смерті хворих, які перебувають в безнадійному стані в зв'язку з хронічними захворюваннями, наприклад вмирають від зло-якісних захворювань і введення високих доз наркотиків, що припиняють страждання і життя безнадійних хворих; добровільна евтаназія – здійснювана на прохання хворого, кваліфікується як допомога при самогубстві або вбивство на прохання; ненавмисна евтаназія – без згоди хворого.

Поняття асистована евтаназія відноситься до безнадійних хворих, «які могли б висловити бажання добровільно піти з життя, але нездатні зробити це самі через фізичну неміч або з інших причин». Примусова евтаназія – прийняття рішення перервати життя хворого без його згоди. Зазвичай цей захід застосовується до новонароджених з важкою патологією та хворих із безнадійно пошкодженим мозком.

Дистаназія – заперечення смерті, лікар докладає героїчних зусиль, спрямованих для порятунку хворого.

Ортотаназія – поняття, близьке до пасивної евтаназії. Лікар не вживає активних зусиль, але і не використовує засобів, що вкорочують життя хворого.

Ятротаназія – лікар сприяє смерті хворого після того, як хворого визнано невиліковним.

Найбільш дискусійним з біоетичної точки зору є питання про добровільну активну евтаназію. Її прихильники висувають два основних етичних аргументи: милосердя і «золоте правило». Перший аргумент обумовлений нестерпні страждання, які відчуває вмираючий людина, і прагненням звільнити його від цих страждань. Подібна акція була б проявом милосердя і по відношенню до інших пацієнтів, яким в результаті дісталася б більше уваги мед-персоналу і медикаментів. Аргумент «золотого правила» базується на категоричному імперативі Канта, який вимагає чинити з іншими так, як ми хотіли б, щоб чинили з нами. Стосовно до проблеми евтаназії це означає, що кожен з нас на основі принципу автономності особистості повинен мати право вибрати для себе болючу або безболісну смерть. Актуальність проблеми евтаназії сьогодні багато в чому пов'язана з тим, що стара лікарська етика вже не здатна вказати рішення багатьох проблем в нових умовах. Розширилася сфера прикордонних (між життям і смертю) ситуацій: сучасні засоби медицини дозволяють іноді повернути назад або привести до штучного уповільнення, здавалося б, неминучий процес вмирання, («затримана смерть»). Найчастіше таке уповільнення продовжує не стільки життя, скільки агонію і підтримує лише несвідоме існування тіла без будь-якої надії повернути людині свідомість. Використання новітніх технологій дозволяє зберегти життя і тим пацієнтам, організм яких не придбав (новонароджені з неусувними дефектами) або назавжди втратив здатність самостійно справлятися з най-важливішими життєвими функціями. Так благородне і гуманне завдання медицини – боротьба з хворобою – стає своєю протилежністю – боротьбою за підтримання хвороби протягом тривалого терміну.

Сьогодні в медичних колах широко дискутується питання, якою мірою морально виправдане продовження життя безнадійно хворого в ситуаціях, коли:

- а) його свідомість необоротно втрачена;
- б) вмираючи, він відчуває нестерпні фізичні страждання;
- в) цей пацієнт – новонароджений, анатоми-фізіологічні дефекти якого несумісні з життям.

Абсолютно бездоганних з морально-етичної і правової точок зору способів вирішення цих проблем не існує, оскільки вибір не між добром і злом, а між меншим і більшим злом. Разом з тим, прихильники евтаназії вважають, що вона може бути етично виправдана у випадках:

- 1) невиліковного захворювання, що викликає у людини нестерпні страждання,

2) важкої форми інвалідності, що обмежує життєдіяльність людини.

Противники добровільної активної евтаназії аргументують свою позицію тим, що:

- 1) навмисне припинення людського життя завжди аморально і не може бути морально виправдано,
- 2) у разі постановки неправильного діагнозу можна марно занести людське життя;
- 3) при поспішному зверненні до евтаназії може статися так, що невиліковна сьогодні хвороба завтра буде успішно переможена;
- 4) можливі зловживання «вбивством з милосердя» з боку лікарів і близьких, які можуть бути зацікавлені в передчасній смерті хворого;
- 5) доступність евтаназії може спровокувати у медиків і близьких спокусу позбутися тягаря турбот та догляду за важкохворим;
- 6) суспільство, керуючись законністю евтаназії, може отримати право позбавлятися від своїх недієздатних «непотрібних» і «зайвих» членів;
- 7) аморально залучення до участі в евтаназії лікарів – представників найгуманнішої професії.

Зіставлення за і проти легалізації евтаназії призводить до висновків, що:

- 1) активна недобровільна евтаназія повинна бути відкинута як порушення права на життя;
- 2) пасивна недобровільна евтаназія може бути допущена в особливих, спеціально обумовлених станах медичного характеру (загибель головного мозку, наявність інших ознак, несумісних з життям й інше),
- 3) добровільна евтаназія (активна і пасивна) повинна бути сумісна зі справедливістю, гуманністю і милосердям, її легалізація може розглядатися як реалізація права людини на гідну смерть.

Проблема евтаназії пов'язана, насамперед, з правом людини на життя, яке має кілька аспектів: право на збереження життя (індивідуальності); право розпоряджатися власним життям; право піддавати своє життя значному ризику; нарешті, найбільш дискусійне право вирішувати питання про припинення власного життя.

В деяких випадках життя і діяльність людини пов'язані з високим ризиком для її життя і здоров'я, але це не забороняється законом, значить, побічно визнається (діяльність вченого, який ставить на собі експеримент, полярника, космонавта, спортсмена-автогонщика). Не заохочується, але й не переслідується рішення людини покінчити життя самогубством. Але в питанні про евтаназію суспільство, держава і закон ставлять під сумнів право людини розпоряджатися своїм життям. Тому це питання залишається однією з «відкритих» проблем біомедичної етики. Сьогодні людина відмовляється сприймати себе як «пасивний матеріал» і все більше схильна ставитися до себе як «власника» і творця свого життя і самого себе.

Дії, які оцінюються в традиційній моральній свідомості як вбивство або самогубство, в новому технологічному просторі біології та медицини набувають іншого статусу, який визначається іншими морально-етичними принципами, суть яких – «гідно жити – достойно померти». У зв'язку з цим деякі автори вважають, що нова реальність в значній мірі сприяє формуванню у медицині, поряд з традиційною охороною здоров'я, нової функції – смертезабезпечуючої (В.А. Прихотько).

Звернення до евтаназії – це спроба вирішити нерозв'язні проблеми за допомогою надрадикальних заходів, за допомогою перегляду етичних зобов'язань, накладених суспільством на медицину. Однак ця спроба викликає вкрай неоднозначні оцінки. Одні відкидають евтаназію як акт вбивства, інші розглядають її як панацею від усіх бід, треті висловлюють тривогу: чи не обернеться легалізація евтаназії дискредитацією лікарської професії? Чи не спонукає вона медиків – замість важкого пошуку нових, більш ефективних засобів і методів лікування – на більш легкий і простий шлях «умертвіння з співчуття»? Чи не послабить наявність такої перспективи, як «легка, без-болісна смерть», волю важкохворих, але не безнадійних пацієнтів до опору хворобі, до боротьби за життя?

Очевидно, що питання про евтаназію викликає гострі дискусії не стільки своїм медико-«технологічним», скільки етичним змістом. У будь-якому випадку вибір повинен бути за людиною, проте легітимація, легалізація евтаназії якраз і надає йому в разі сумної необхідності можливість такого вибору. Але спершу необхідна переорієнтація моральної свідомості суспільства, що передбачає відкриті й відверте обговорення незвичайних для традиційної медицини положень, які можуть стати підставою морального допущення евтаназії. По-перше, слід відмовитися від переконання, ніби медик завжди, в будь-якій ситуації зобов'язаний прагнути продовжити, наскільки можливо, життя людини. По-друге, доктрина безумовної переваги біологічного виживання над іншими цінностями (гідністю особистості, її благом, суверенними правами) повинна поступитися місцем доктрині якості життя, відповідно до якої бути людиною в справжньому сенсі цього слова більш вагомо, ніж бути просто живим. По-третє, якщо зв'язок між стражданням і людським буттям, що перетворилося в суцільний біль, не можна розірвати інакше як припинивши це буття, то при дотриманні певних умов (наявність прохання хворого, згода його родичів, рішення консилиуму лікарів, юридичний контроль тощо) припустимо піти на такий крайній крок, як евтаназія.

5. Поняття «хоспіс»: основні функції, медичне і соціальне значення.

Хоспіси – спеціальні організації допомоги вмираючим, в яких безнадійно хворі люди дістають можливість гідно завершити своє життя. Обстановка і діяльність персоналу націлені в хоспісах на створення людських умов для вмирання з гідністю. Відмінність хоспіса від інших лікувальних установ для «безнадійних» хворих полягає не просто в іншому технічному і медикаментозному оснащенні; на перший план виступає особа пацієнта, його бажання, емоційні реакції.

У основі сучасного хоспісного руху полягає особлива етика і філософія лікування, згідно якої смерть, як і народження, – природний процес, його не можна ні квапити, ні гальмувати. Вмираючий потребує допомоги особливого роду: йому можна і потрібно допомогти перейти кордон між життям і смертю. Саме таке завдання ставлять перед собою хоспіси. Хоспіс – не будинок для смерті, це будинок для якісного життя до кінця. Хронічний біль і страждання змінюють світовідчуття, світосприймання людини: відчуваючи не-стерпний біль, вона не в змозі роздумувати, згадувати; біль здатний витіснити етичні потреби, етичну мотивацію поведінки. Хоспіс створює такі умови, спосіб життя пацієнта, такий «життєвий простір», що дозволяє узяти під контроль біль і страждання навіть найважчих хворих. Він забезпечує таку якість життя, коли самодостатнім і актуальним є сьогоднішнє, а не майбутнє. Взаємовідносини пацієнтів і медичного персоналу складаються тут на основі принципів хоспісного руху, виконання яких залежить від підготовки і особистих якостей медичного персоналу. В даний час для служби хоспісів формується нова медична спеціальність, що вивчає процес завершення життя, – лікар паліативної допомоги.

Основні принципи хоспісного руху передбачають:

- контроль над больовими синдромами, що дозволяє якісно поліпшити життя хворого, щоб пацієнт міг перемкнути всю увагу на свій внутрішній світ;
- особливий стиль поведінки медиків, для якого, насамперед, характерний такт у поводженні з приреченими хворими, який виключає поверхневі, шаблонні думки і втіхи, які ігнорують або принижують моральний статус людини;
- заперечення тактики «святої брехні», підготовка безнадійно хворої людини до думки про його смертельну недугу, про те, що він приречений;
- безкорисливість медичного персоналу, що категорично виключає матеріальну винагороду від пацієнтів і їх родичів;
- широке використання громадянської ініціативи волонтерів -добровольців, які віддають свої сили і час вмираючому;

- психологічну допомогу і підтримку близьких вмираючого або такого, який вже пішов з життя, створення особливого психологічного клімату.

Історія розвитку хоспісної допомоги.

Ідеологія хоспісів з'явилася близько півтори тисячі років тому. Історія зберегла ім'я римської Фабіоли, яка ще в IV сторіччі віддала свій будинок для голодних і хворих, успадковуючи традицію, що існувала в святих землях Палестини, якими вона подорожувала.

Перший хоспіс, призначений тільки для вмираючих від раку, відкрила у м. Ліон 1842 року Жане Гарньє (Jeanne Garnier), молода жінка, яка втратила чоловіка і дітей. Він називався хоспіс, а також "Голгофа". Ще кілька були відкриті пізніше в інших місцях Франції. Деякі з них діють і зараз, і, принаймні, один з цих хоспісів бере участь у підйомі руху паліативного догляду в цій країні. Декілька років потому, в 1879 році ірландські Сестри Мило-сердя незалежно від хоспісів Жане Гарньє заснували Хоспіс Богоматері для вмираючих в Дубліні. Орден Матері Марії Айкенхед був заснований значно раніше, ще на початку століття, цей орден завжди дбав про бідних, хворих і вмираючих, але хоспіс Богоматері був першим місцем, створеним спеціально для догляду за вмираючими. Пізніше було відкрито ще кілька хоспісів. Символічні назви цих перших закладів: "Будинок відпочинку" (відкритий у 1885 р.), "Готель божа" (відкрита в 1891 р.), "Будинок Святого Луки" для бідних вмираючих (відкритий в 1893 р.).

Активне становлення хоспісів сучасного типу відбувається після Другої світової війни. Перший такий хоспіс - Хоспіс Святого Кристофера був відкритий в Лондоні в 1967р. Його засновницею стала Сесілія Сандерс, сама особа якої відобразила міждисциплінарний підхід до допомоги умираючим: впродовж своєї кар'єри вона послідовно отримала дипломи медсестри, соціального працівника та лікаря. В 40-і роки XX століття вона була соціальним працівником в одній з лондонських лікарень. У цей час там вмирав від раку хлопчик з Польщі. У його житті було багато випробувань, пов'язаних з війною, але він вийшов з них живим, а от тепер умирав на лікарняному ліжку. Хлопчик задавав собі й Сесілії питання про те, у чому ж тоді зміст його життя й чи не кинув його Бог. Сесілія Сандерс, провела з ним рядом багато годин. Вони розмовляли про життя, а частіше просто мовчали. І обоє зрозуміли, що в приреченої людини повинне бути місце, де його можуть підтримати в останні дні й допомогти до кінця вести гідне життя. Хлопчик вмер 25 лютого 1948 року. Свою спадщину в 500 фунтів стерлінгів він заповів на будівництво будинку для приречених. Так був покладений початок першому англійському хоспісу Святого Кристофера, що працює й сьогодні. Чверть століття тому Сесілія Сандерс, писала: «...сестринський догляд залишається наріжним каменем в обслуговуванні пацієнтів притулку для вмираючих ... Працівники таких установ повинні бути готові до повної самовіддачі і постійного пошуку сенсу своєї діяльності. Відмінною їх рисою в колишніх і сучасних притулках для вмираючих була і залишається відданість своїй справі».

У 1987 році у Великобританії паліативну допомогу визнали самостійним напрямком медицини, а його визначення було таким: "Галузь медицини, що вивчає пацієнтів з пізніми стадіями прогресуючих захворювань, при яких прогноз несприятливий, й задачі лікування зводяться до підтримки якості життя, й допомагає таким пацієнтам".

Відтоді ідея хоспісного руху почала поширюватися по всьому світу. У 1972 р. з'являється перший хоспіс в одній з соціалістичних країн Польщі, (Краків) , в 1975 р.- в Канаді (Монреаль) .

В Україні перші хоспіси з'явилися у 1996 році у Львові, Івано-Франківську (за ініціативи управлінь охорони здоров'я відповідних обласних державних адміністрацій) та Коростені (Житомирська обл., за ініціативи Української православної церкви та обласного осередку Товариства Червоного Хреста України). Хоспіс повинен не тільки полегшувати людям смерть, а забезпечувати можливість гідно зустрічати її.

Література

1. Гуліна Л. В., Зендик О. О., Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.

2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.

4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.

5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.

Практичне заняття № 7

Тема: Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи. Основні деонтологічні підходи в онкології, психіатрії, геронтології, педіатрії

Навчальна мета

Ознайомлення студентів з основними принципами та нормами сучасної деонтології в медицині та біоетики; сприяння здатності реалізовувати свою професійну діяльність з урахуванням моральних та правових норм сучасного українського та світового суспільства; надання уявлення про етичні проблеми сучасної медицини та варіанти їх розв'язання.

Знати:

- ✓ загальні принципи медичної етики та біоетики;
- ✓ принципи взаємовідносинв системі лікар-пацієнт, лікар-лікар, лікар-медичний персонал, фізичний терапевт-пацієнт.
- ✓ мати уявлення про базові нормативні документи, кодексами, деклараціями, що регулюють всі етичні аспекти сучасної медицини на клінічному рівні та на рівні медичного наукового дослідження.

Вміти:

- ✓ застосовувати загальні деонтологічні принципи в роботі з пацієнтами (в тому числі з особливостями роботи за дітьми та пацієнтами похилого віку) та в медичному колективі в цілому;
- ✓ розрізняти головні етичні категорії;
- ✓ визначати причини та характер лікарських помилок в кожній окремій ситуації та ступінь відповідальності за них.

Запитання для підготовки до заняття:

1. Поняття про особисту і колективну відповідальності.
2. Вимоги до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності.
3. Найважливіші принципи вченого-медика.
4. Правові документи, що регламентують науково-дослідну діяльність лікаря.
5. Основні деонтологічні підходи в онкології, психіатрії, геронтології, педіатрії

1. Поняття про особисту і колективну відповідальності.

Сьогодні організаційну структуру медичної науки становлять різні науково-дослідні організації й колективи вчених з їхньою певною атмосферою наукового й морального клімату. Моральні відносини усередині таких колективів представляють досить складну проблему й не в останню чергу з деонтологічних позицій. Моральний фактор став одним з ведучих у розв'язанні проблеми ефективності наукової праці, прискорення наукового прогресу. Зрозуміло, чим вище можливості медицини, тим більше вимог пред'являється й до самих медиків.

У епоху технічного прогресу медицина збагачується новими методами дослідження, але ми повинні пам'ятати, що техніка не повинна бути бар'єром між лікарем і хворим. У такий спосіб деонтологічні аспекти взаємин у медичних колективах під час виконання лікарської й наукової роботи досить актуальні в цей час. Особливе значення придбали, зокрема, особисті професійні і етичні якості наукового керівника. Це визначається тим, що кожен науковий колектив, як правило, має загальну наукову мету (наукова стратегія колективу) і різні шляхи вирішень цієї загальної проблеми кожним науковим співробітником (наукова тактика фахівця). Виникає проблема загального і індивідуального в творчості колективу. Тут переплітаються вельми складні відносини: субординація, особисті симпатії і антипатії, розподіл наукової праці і необхідність її кооперації, а також відносини між старшими і молодшими колегами. Це далеко не прості питання, як іноді здається. Історія науки показує: від того, наскільки і як ладнають між собою наукові покоління, в багато чому залежить і остаточний продукт наукової творчості. Не можна протиставляти техніку і технічний прогрес лікарському мисленню, його досвіду і психологічному підходу до хворого його якостям, особливостям особи.

Кожен лікар в своїй повсякденній діяльності повинен виходити з особистої і колективної відповідальності перед пацієнтами і, нарешті, перед суспільством.

Особиста відповідальність лікаря спирається на його власний досвід, людські якості, глибоке знання хворого і його захворювання, індивідуальний підхід до кожного.

Колективну відповідальність можна трактувати як проведення в життя ідей, концепцій і традицій лікувальної (або наукової) установи, накопичених і узагальнених вчителями і старшими колегами, в світлі основних принципів охорони здоров'я.

2. Вимоги, що висувуються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності.

Якщо в найзагальнішому вигляді говорити про вимоги, що повинні пред'являтися до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності, то вони представляються такими: належна загальна і спеціальна підготовка в тій області медичної науки, в якій він має намір працювати. У науці не можна не сперечатися.

Молодший науковий співробітник може навіть не відбутися як учений, якщо повністю втратить критичне чуття і почне завжди піддакувати всім і вся. Не можна, проте, ототожнювати наукову суперечку і конфлікт осіб.

Не можна також допустити, щоб відстоювання тієї або іншої наукової точки зору, позиції виходило за рамки морально-етичних та правових норм. Історія науки зі всією очевидністю свідчить, що часто відносини усередині наукової школи складаються так, що просто не залишається місця для серйозних розбіжностей. Зберегти чесні, коректні, дружні відносини завжди буває непросто, адже взаємне розуміння руйнують часом різні обставини. Звичайно, тут багато що залежить від деонтологічної компетентності керівника, але і неабиякою мірою від самих членів колективу, від «наукового мікроклімату» інституту, клініки, лікарні.

Проблема наукової творчості в медицині, особливо її етико-деонтологічні аспекти, поки що висвітлені в літературі відносно мало і не мають достатньо строгої регламентації, що пов'язане з реальними складнощами. В умовах науково-технічного прогресу наукова діяльність набула масового і колективного характеру, істотно змінилася як сама її суть, так і, особливо, її етика і деонтологія наукової творчості. Сучасна наука все більш впливає на сторони суспільних відносин, перетворюючись на могутню соціальну силу. У її орбіту включені культурні відносини і сама людина з її природно-біологічними і соціально-культурними характеристиками. Наука не тільки взаємодіє зі всіма сферами людського буття. Вона і сама істотно залежить від соціального і людського чинників. Медичну науку «роблять» учені. Хто ці люди? Що ними рухає? Які їх характерні риси? Чи відповідає уявлення про зовнішність ученого його об'єктивній діяльності? У художній літературі

учений іноді зображується гротескове – людина незвичайна, зайнята тільки своїми дослідженнями, вона не помічає людей і навколишнього світу, в якому живе і працює.

3. Найважливіші принципи вченого-медика.

Одним з найважливіших принципів ученого перш за все повинна бути об'єктивність. У цьому принципі фокусується загальна етична орієнтація пізнання. Характерні для медичної науки диференціація знань, накопичення великого експериментального і теоретичного матеріалу, вдосконалення методів досліджень різко підвищили значення етичної норми доказовості. Наука повинна ґрунтуватися тільки на доказах, ясных і логічно строгих аргументах, на перевірці фактів і їх аналізі.

Відмітимо, що готовність до критичного перегляду здобутого знання, тієї або іншої теорії, готовність сприймати найнесподіваніші явища, які можуть відкритися в тому, що відбувається, є цінною межею справжньої науки і додає їй якість революційності. Вимога критичності належить науці як внутрішня умова її розвитку.

Етична норма доказовості спонукає ученого бути вимогливим до себе, самокритичним. З цієї вимоги доказовості витікає інше – пошана до опонента (або опонентів). Якщо думка опонента доведена, учений зобов'язаний прислухатися до висловленої думки у всіх випадках без винятку (навіть якщо він не поважає опонента як особу). Якщо ж точка зору опонента представляється помилковою, то цю помилковість теж треба довести із строго наукових позицій, не удаючись до чужих природі науки засобів, скажемо просто, до посилання на наукові авторитети.

Учений, особливо початківець, повинен багато і вдумливо читати, глибоко вивчати, особливо праці класиків медицини і фундаментальні роботи наших сучасників. Лише так можна пізнати всю глибину їх змісту, збагатитися плідними, такими, що відкривають широкі перспективи думок і ідей, а не повторювати давно відомі істини. Особливість роботи медика в тому, що він постійно стикається з необхідністю вирішувати (і деколи в лічені хвилини) складні проблеми, за якими стоять, перш за все, життя і здоров'я пацієнта. Це не тільки діагностика, але і визначення ступеня ризику операції, доцільності тих або інших додаткових діагностичних і лікувальних маніпуляцій, отримання згоди хворого і його родичів на термінове хірургічне втручання, і так далі. Ухвалення таких рішень вимагає від лікаря великої напруги моральних сил, мобілізації досвіду і знань, глибокого розуміння ступеня відповідальності перед хворим, колективом установи, де він працює, нарешті, перед суспільством. Складність положення посилюється і тим, що він не може гарантувати абсолютного успіху і в той же час повинен знайти можливості зниження ступеня операційного ризику, а у разі, коли такий ризик перевищує ризик самої хвороби, мати мужність сказати про це. Ряд великих і важких операцій в даний час вимагає дотримання особливих умов, можна сказати, специфічних для даного втручання, наприклад при операціях на відкритому серці із застосуванням штучного кровообігу.

Медицина, як і всяка інша наука, тісно пов'язана з іншими областями знань, зокрема, все більш широко застосовуються математичні методи. І мова йде не тільки про статистику: рівень розвитку сучасної математики дозволяє будувати математичні моделі захворювань з тим, щоб мати уявлення про подальше протікання хвороби і можливі наслідки при виборі того або іншого методу лікування. Звичайно, про абсолютну точність таких моделей говорити не можна, оскільки всяка модель вірна при певних обмеженнях, пов'язаних не тільки з погрішностями, які не беруться до уваги, а також з індивідуальністю кожного організму і неможливістю виключити повністю зовнішні дії.

У зв'язку з вищевикладеним, виникає новий аспект деонтології, що розглядає міру відповідальності учених, що займаються розробками математичних моделей захворювань, і що визначають спільно з лікарем методи лікування. З одного боку, всю відповідальність за лікування хворого несе лікар: лікар, зрештою призначає ліки, виносить ухвалу про необхідність операції, про застосовність того або іншого методу лікування. Але, з іншого

боку, лікар може судити про правильність побудованої математичної моделі захворювання тільки як практик, маючи накопичений досвід з лікування захворювань і спостерігаючи протікання тієї або іншої хвороби безліч разів, в математичній же теорії він не може розбиратися професійно. Окрім знання свого предмету, учений повинен розбиратися і в медицині, оскільки не маючи ані найменшого уявлення про перебіг того або іншого захворювання не можна робити висновки про його протікання. Не можна забувати про те, що за формулами і цифрами стоять життя людей і помилки допускати в даному випадку непробачно, хоча ніхто не дорікне математикові в побудові некоректної моделі, всі звинувачуватимуть лікаря в тому, що він не досить добре лікує хворих. Це не повинно знижувати вантажу відповідальності, який лягає на плечі ученого, який займається такою серйозною справою, як застосування математичних методів в медицині, швидше навпроти, пам'ятаючи про тих, кому він може допомогти, учений повинен з більшою завзятістю прагнути досягти поставленої мети.

4. Правові документи, що регламентують науководослідну діяльність лікаря.

У сучасних умовах, як ніколи раніше, значно виросла необхідність «етизації» суспільства, а учений обов'язково повинен бути моральною особою. Тому на 18-ій Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі 20 жовтня 1974 року була прийнята «Рекомендація про статус науковців», що ратифікована урядами більшості країн світу. Українське суспільство також не було байдужим до проблем етики і моралі у минулому, небайдужим воно є і сьогодні. Вимоги до моральних обов'язків вченого сформульовані в статті 5 Закону України, що діє, «Про наукову і науково-технічну діяльність».

Література

1. Гуліна Л. В. , Зендик О. О. , Козік Н. М. Медична етика і деонтологія: навч. посібник для самостійної роботи та дистанційного навчання студентів. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2021. 110с.

2. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: підручник. 2-е вид., стер. К.: ВСВ «Медицина», 2010. 200 с.

3. Ковальова О.М., Сафаргаліна-Корнілова Н.А., Герасимчук Н.М. Деонтологія в медицині: підручник. 2-е вид., випр. К.: ВСВ «Медицина», 2018. 240 с.

4. Радевич-Винницький Я. Етикет і культура спілкування. К.: Знання, 2006.

5. Москаленко В.Ф., Попов М.В. Біоетика: філософсько-методологічні та соціально-медичні проблеми. Вінниця: Нова книга, 2005. 218 с.