

хворого. Однак різного роду міфи, упередження та інертність у сфері управління закладами охорони здоров'я не дозволяють більшості невиліковно хворих перебувати (у наскільки це можливо) комфортних для них умовах. Лише 11,2 – 14,3 % українців отримують достатню кількість морфіну, а тому уряду, Вищим медичним навчальним закладам, громадським організаціям, тощо слід докласти всіх зусиль для інформування населення про доступ до наркотичних анальгетиків у випадку невилікового захворювання.

АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ДЕЯКИХ БІОЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ ЛІКАРЯМ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет

Протягом усієї своєї європейської історії, починаючи з античності, медицина спиралася на фундаментальний тип взаємин між лікарем і пацієнтом, який відомий як патерналізм. Під впливом популярних ідей про зміну парадигм культури сьогодні все частіше зустрічається позиція, прихильники якої говорять про крах патерналізму і формування нового типу взаємин між лікарем і пацієнтом - інформованої згоди. Поворот до доктрини інформованої згоди став можливий завдяки перегляду концепції цілей медицини. Традиційно вважалося, що перша мета медицини - захист здоров'я і життя пацієнта. Однак нерідко досягнення цієї мети супроводжувалося відмовою від свободи хворого, а значить, і від його особистості. Пацієнт перетворювався на пасивного отримувача блага, об'єкт маніпуляцій. Головна мета сучасної медицини - допомога благополуччю пацієнта; відновлення здоров'я підпорядковане цій меті як один зі складових елементів. Принцип інформованої добровільної згоди пацієнта виступає як правова основа взаємин "лікар-пацієнт", роблячи лікаря більш захищеним при зверненні пацієнта до суду. Інформована згода реалізує принцип автономії хворого, підкреслюючи не тільки певний правовий статус пацієнта, в межах якого повинно здійснюватися лікування, але і право пацієнта на рішення, що відповідає його власним цінностям і уявленням про життя і смерть.

Особливе значення при підготовці лікарів на етапі до - та післядипломної освіти має вивчення ними лікарської етики. Професійна етика сімейного лікаря має широке коло біоетичних проблем, обумовлених перш за все неоднозначністю моделі спілкування з пацієнтом в різні вікові періоди, які істотно відрізняються станом фізичного і нервово-психічного розвитку, і його близькими. Сімейний лікар повинен постійно розвивати і вдосконалювати в собі особистісні якості, що дозволяють вибирати оптимальну тактику ведення пацієнта. Все вищесказане обумовлює необхідність пошуку шляхів оптимізації викладання біоетики при підготовці сімейних лікарів на до- і післядипломному етапі.

З метою виявлення інформованості сучасних лікарів про біоетичні проблеми, які постають перед лікарем в його професійній діяльності, нами проведено анкетування студентів VI курсу медичного університету, лікарів-інтернів та сімейних лікарів-курсантів ресертифікаційних циклів в системі безперервної післядипломної освіти.

При анкетуванні студентів медичного університету на питання, чи мають право вмираючі хворі отримати правдиву інформацію про стан свого здоров'я, «так» відповіли 47% опитаних, 41% - вказали, на те, що це повинен вирішувати лікар. На питання сімейним лікарям-курсантам про те, чи надають вони достовірну інформацію пацієнтам про діагноз та прогноз, 40% відповіли «майже завжди», 30% – «часто», 19% – «іноді». На питання про необхідність інформувати хвору людину про смертельний прогноз захворювання ствердно відповіли 27%, а негативно – 46% лікарів. Нарешті, на питання про дійсне, фактичне інформування безнадійно хворих 61% лікарів відповіли, що зазвичай не інформують, і тільки 3,5% лікарів інформують завжди.

Судячи з результатів анкетування, 27% лікарів, що брали участь в дослідженні, в принципі за правдиве інформування вмираючих хворих. І тільки близько 5% практикують у своїй клінічній практиці неправдиве спілкування з вмираючою людиною. Більша частина працюючих лікарів допускають можливість не говорити пацієнтові інформацію за певних обставин (86 %), що типово для лікарів, які слідують патерналістської моделі взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Найбільш часто підставою для неповного інформування лікарі називають фізичну, психологічну, моральну і соціальну шкоду, яка наноситься пацієнту при правдивому інформуванні (68 %). При цьому підстави для застосування добродесного обману мають менший вплив на думку респондентів у віці до 40 років у порівнянні з групою лікарів, які мають тривалий професійний стаж. За даними, отриманими в ході нашої роботи, відсоток студентів, що підтримують критерій правди, достовірно більше ($p < 0,05$) порівняно з іншими категоріями опитаних. Разом з тим потрібно відзначити, що, як і лікарі, більша частина студентів (64%) вважають можливим спотворити інформацію, якщо вона може нашкодити пацієнту.

Проводячи аналіз даних опитування, можна зробити наступний висновок: сьогодні ми спостерігаємо зміну загально-філософських і морально-етичних установок по відношенню до проблем життя і смерті. Вони полягають в переході від традиційного медичного менталітету до сучасного. Першочерговим завданням лікаря при наданні паліативної допомоги стає дотримання принципу інформованої згоди. Разом з тим більшість опитаних (в тому числі і студентів) продемонстрували амбівалентність свідомості, готовність порушити базовий біоетичний принцип - автономію пацієнта. З огляду на глибоке коріння патерналізму в нашій країні і менталітет нації, необхідно, на нашу думку, впроваджувати принцип інформованої згоди не як альтернативу патерналізму, а як доповнення, а базові принципи хоспісного руху обговорювати, починаючи з перших курсів навчання студента-медика.