

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 1**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Харківський національний медичний університет**

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 1**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

Затверджено  
Вченою радою ХНМУ.  
Протокол № 10 від 30.06. 2021.

**Харків  
ХНМУ  
2021**

Деонтологія в медицині. Ч. 1 : метод. вказ. для самост. роботи студентів з курсу за вибором / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, Н. М. Герасимчук. Харків : ХНМУ, 2021. 36 с.

Упорядники Т. В. Ащеулова  
Т. М. Амбросова  
Н. М. Герасимчук

## **Тема 1. Медична етика і деонтологія, їх визначення, статус і правове забезпечення в сучасному суспільстві**

**Актуальність теми.** Для того, щоб стати висококваліфікованим лікарем, не достатньо лише отримати гарну освіту в галузі медичних знань і навичок. Необхідно навчитись клінічному мисленню, крім того, важливо мати особливий медичний характер, стиль мислення і поведінки, особливий морально-етичний потенціал. Вже на другому курсі студенти приїжджають в клініку, починають спілкуватися з пацієнтами. Тому вже на цьому етапі навчання вони повинні оволодіти навичками взаємовідносин з пацієнтами. Формування деонтологічних навичок, медичного характеру, широкого світогляду з питань медичної етики, глибоке знання особливостей медичної професії та її правових підвалин є необхідним елементом у підготовці майбутніх лікарів.

**Загальна мета.** Забезпечити можливість студентів засвоїти загальні питання медичної деонтології, принципи медичної етики і професійної медичної моралі, розглянути і засвоїти принципи клятви Гіппократа, правове регулювання діяльності лікаря.

### **Конкретні цілі:**

1. Засвоїти поняття «медична етика» і «медична деонтологія».
2. Визначити мету і основні завдання медичної деонтології.
3. Знати і вміти використовувати основні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря.

### **Теоретичні питання:**

1. Визначення понять «етика» і «медична етика».
2. Визначення поняття «деонтологія».
3. Визначення поняття «медична деонтологія». Основні розділи медичної деонтології.
4. Основні постулати клятви Гіппократа.
5. Основні вимоги до сучасного лікаря.
6. Основні міжнародні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря.
7. Основне значення Женевської декларації для лікарів.
8. Основні вітчизняні офіційні документи, що регламентують роботу лікаря.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

1. Дати визначення поняття «медична етика».
  - A. Наука про взаємовідносини лікаря і хворого.
  - B. Система норм і правил поведінки медичних працівників у суспільстві.
  - C. Система норм, правил поведінки і морального вигляду медперсоналу.
  - D. Колектив правил поведінки і спілкування в професійній діяльності лікаря.
  - E. Система професійних, правових і морально-етичних принципів поведінки лікаря.

2. Дати визначення поняття «медична деонтологія».
  - А. Наука про взаємини лікаря і хворого.*
  - В. Наука про моральні принципи лікарської професії.*
  - С. Наука про взаємини лікаря і хворого, про обов'язки лікаря.*
  - Д. Система етичних правил, норм і принципів діяльності лікаря.*
  - Е. Система професійних, правових і морально-етичних принципів поведінки лікаря.*
3. Хто вперше запропонував термін «деонтологія»?
  - А. Гіппократ. В. Авіценна. С. Поттер. Д. Бентам. Е. Мудров.*
4. Хто вперше систематизував основні принципи медичної деонтології?
  - А. Авіценна. В. Гіппократ. С. Кант. Д. Бентам. Е. Парацельс.*
5. В якому документі сформульовані основні постулати етики і обов'язків лікаря?
  - А. Женевська декларація. Д. Міжнародний кодекс медичної етики.*
  - В. Лісабонська декларація. Е. Клятва Гіппократа.*
  - С. Гельсінська декларація.*
6. Що є основним принципом лікарської етики?
  - А. Правдивість. С. Конфіденційність. Е. «Не нашкодь».*
  - В. Справедливість. Д. Гуманізм.*
7. Принципами лікарської етики є все, крім:
  - А. Моральності. Д. «Не нашкодь».*
  - В. Поваги до прав і гідності людини. Е. «Роби добро».*
  - С. Поваги до автономії пацієнта.*
8. Медицину і біоетику об'єднують:
  - А. Людина як предмет досліджень.*
  - В. Методи дослідження.*
  - С. Освоєння методів коригування конфліктів у людських стосунках.*
  - Д. Прагнення пізнання механізмів поведінки людини і управління ними.*
  - Е. Орієнтація на досягнення фінансового добробуту людини.*
9. Взаємозв'язок між загальними етичними вченнями та професійною медичною етикою має характер:
  - А. Регулятивний. С. Інформативний. Е. Імперативний.*
  - В. Обумовлений. Д. Між ними немає зв'язку.*
10. До структури біоетики відносяться усі дисципліни, крім:
  - А. Політології. С. Деонтології. Е. Права.*
  - В. Філософії. Д. Історії медицини.*

#### **Короткі методичні вказівки**

Форма заняття – семінар. Термін проведення заняття – 2 години.

На початку заняття викладач формулює мету і цілі заняття, перевіряє готовність студентів за допомогою тестових завдань. Потім студенти відповідають на контрольні питання, дають визначення поняттям «етика», «медична етика», «деонтологія», «медична деонтологія».

Після обговорення теоретичних матеріалів студенти разом з викладачем опитують 1–2 хворих, задаючи проблемні питання: уявлення з позиції хворого, яким повинен бути сучасний лікар, який повинен бути зв'язок між лікарем і пацієнтом, лікарем і родичами хворого. Що знає пацієнт про офіційні документи, які регламентують роботу медичних працівників та його права. Студенти записують відповіді пацієнтів у зошиті, а потім обговорюють з викладачем отримані дані, висловлюють свої думки, аналізують відповіді пацієнтів.

У кінці заняття викладач підсумовує і перевіряє остаточний рівень знань студентів у вигляді вирішення ситуаційних задач.

## **Теоретичний матеріал**

### **1. Визначення понять «етика» і «медична етика»**

**Етика** – це наука про мораль (норми і правила поведінки). **Медична етика** – це наука про систему норм і правил поведінки та морального обліку лікаря й всього медичного персоналу. Мораль регулює відношення лікаря до пацієнта, здорової людини, до колег, суспільства, держави. Етичні закони лежать в основі лікарської діяльності, у взаєминах лікаря і пацієнта. Медична етика включає постулати про обов'язки лікаря і пацієнта, лікарську тасмницю, лікарські помилки, ятрогенію, проблеми евтаназії. У галузі охорони здоров'я міцно укорінилася філософія моралі і моральності – *медична етика*, до якої тісно примикає *деонтологія* – сукупність професійних норм і обов'язків.

### **2. Визначення поняття «деонтологія».**

**Деонтологія** (від грец. *deontos* – належне, *logos* – вчення) – розділ етичної теорії, в якому розглядаються проблеми обов'язку, моральних вимог і нормативів і взагалі зобов'язання, як специфічної для моральності форми прояву соціальної необхідності. Деонтологія – це наука про професійну поведінку людей, сукупність етичних норм, необхідних для виконання ними своїх професійних обов'язків. Вперше термін «деонтологія» було введено на початку XIX ст. англійським філософом І. Бентамом, який використав його для позначення вчення про мораль в цілому. У творі «Деонтологія, або Наука про мораль» (1834), він затверджує керівним етичним принципом поведінки принцип користності. Етичний ідеал, за Бентамом, «найбільше щастя найбільшій кількості людей»; критерій моралі – «досягнення користі, вигоди, задоволення, добра і щастя»; кожна людина прагне збільшити задоволення, що отримується від життя та, відповідно, зменшити страждання.

### **3. Визначення поняття «Медична деонтологія». Основні розділи медичної деонтології**

Деонтологія лікарська (медична) – суміжна дисципліна між етикою і медициною, галузь медичної етики, що має свою специфіку; вчення про моральний обов'язок, етичні обов'язки і етичні норми поведінки медичного

персоналу, що забезпечують оптимальну якість і результативність його роботи з відновлення і збереження здоров'я людей.

Ключовим поняттям медичної деонтології є професійний обов'язок лікаря перед суспільством і пацієнтами. Медична деонтологія припускає право медиків на професійну гідність і честь, включає нормативні принципи поведінки лікаря.

У структурі медичної етики деонтологія займає особливе місце. Це найперша і найбільш традиційна галузь професійної етики, вона має найбільш прикладний характер, бере безпосередню участь у регуляції людських відносин і втілюється в деонтологічних Кодексах. У вузькому сенсі медична деонтологія – це сукупність конкретних норм і принципів медичної моралі стосовно певної спеціальності. Оскільки лікарські спеціальності істотно розрізняються, то деонтологічні вимоги, що регулюють практичну діяльність лікарів-фахівців, мають специфічний характер для кожної з них.

Розрізняють медичну деонтологію терапевта, хірурга, акушера-гінеколога, педіатра, онколога, психіатра, дерматовенеролога та інших. Основні сфери регуляції загальної і спеціальної деонтології:

- взаємини між лікарем і пацієнтом, зокрема у присутності інших хворих і у присутності колег – відносини «по вертикалі»;
- взаємини між лікарем і пацієнтами-дітьми;
- взаємини між лікарем і близькими пацієнта, зокрема у присутності останнього і у присутності сторонніх;
- взаємини між лікарем і його колегами, зокрема у присутності пацієнта, його близьких і сторонніх – відносини «по горизонталі»;
- взаємини між лікарями і середнім (молодшим) медперсоналом, зокрема у присутності хворих;
- відношення лікаря до лікарської таємниці і його право на розповсюдження інформації;
- право лікаря на експеримент і етичні проблеми медичних досліджень;
- проблема юридичної відповідальності лікаря;
- проблема матеріальної і моральної винагороди лікаря.

#### **4. Історичні витоки медичної деонтології**

При розгляді історичних аспектів розвитку медичної деонтології слід звернути увагу на те, що Гіппократ першим систематизував правила медичної етики, які були сформульовані у його «клятві», що має актуальність і в даний час. «Не нашкодь», «Primum non nocere» (модель Гіппократа) – основний принцип лікування, закладений «батьком медицини» Гіппократом, що лежить біля джерел лікарської етики. У своїй знаменитій «Клятві» Гіппократ сформулював обов'язки лікаря перед пацієнтом.

І в сучасній медицині зберігається актуальність принципу «при лікуванні не завдавати шкоди». Порушити цей принцип можна через бездіяльність, недбалість, некваліфіковані дії, злі наміри.

## 5. Основні вимоги до сучасного лікаря

Необхідною умовою розвитку суспільства є створення матеріальних і духовних благ. Кожна професія пред'являє до людей певні моральні вимоги, породжує специфічні професійні моральні закони. До такої специфічності, як медицина, крім загальноприйнятих моральних норм, пред'являють спеціальні вимоги, детерміновані певним видом людської діяльності.

Першорядна роль обов'язку в професії лікаря обумовлена цінністю здоров'я і життя людей. Вимоги лікарської моралі завжди виражені категорично-імперативний характер. Вищим проявом професійного обов'язку лікаря є дотримання ним принципу гуманізму, добросовісне виконання ним своїх обов'язків по відношенню до хворого.

**Гуманізм** (від лат. *humanus* – людяний) – світогляд, заснований на принципах рівності, справедливості, людяності у відносинах між людьми, пройнятий любов'ю. Пряме порушення професійного обов'язку – черствість, формальне відношення лікаря до хворої людини, оскільки віра хворого в успіх лікування, довіра його до медичного персоналу грають часто не меншу роль в одужанні, ніж застосування новітніх ліків і устаткування. Академік В. М. Бехтерев підкреслював, що якщо хворому після розмови з лікарем не стає легше, це – не лікар.

Лікар покликаний психотерапевтичними методами – словом підбадьорення, утіхи, заспокоєння, чуйним відношенням – тактовно і уміло мобілізувати фізичні і душевні сили хворого на боротьбу зі хворобою.

Похідними від ідей гуманізму в практиці лікаря є принципи «не нашкодь», «роби добро», принцип справедливості, принцип пошани прав і гідності людини, принцип правдивості, принцип конфіденційності, принцип дотримання обов'язку, принцип пошани автономії пацієнта.

До сучасного лікаря так само пред'являються такі високі вимоги, як кмітливість, сумлінність, доброзичливість, відповідальність, ерудиція, співчуття, стриманість, висока працездатність, духовність, інтелігентність та інші.

Звертаючись до студентів-медиків, М. І. Пирогов закликав виховувати в собі такі якості громадянина, як чесність, відданість обов'язку, гідність. Найважливішою етичною якістю лікаря він вважав не тільки дбайливе відношення до хворого, але і високий професіоналізм, прагнення постійно підвищувати свою кваліфікацію.

Однією з обов'язкових якостей лікаря є відповідальність. Е. І. Ліхтенштейн в своїй статті «Пам'ятай про хворого» згадує знайомство з лікарем В. В. Вересаєвим: *«Вересаєв розповів про запрошення його стати особистим лікарем Л. М. Толстого, доброї і тактовної людини»*. Спокуса бути поряд з відомим Толстим була велика, але Вікентій Вікентійович відчув внутрішній опір. *«Я був тоді молодим лікарем, недостатньо досвідченим. Чи мав я право в таких умовах узяти на себе відповідальність за безцінне життя? Ні, цього я собі дозволити не міг»*.



Велике значення у формуванні лікаря має вироблення стійкої звички і любові до систематичної, наполегливої праці. Роботі потрібно віддавати себе всього, керуючись старовинним правилом: *«Те, що потрібно зробити в майбутньому, зроби сьогодні, а те, що потрібно зробити сьогодні – зроби зараз»*.

Невід'ємною рисою лікаря повинна бути спостережливість. Уміння спостерігати старі французькі лікарі називали *«клінічним нюхом»*, в Росії ж говорили про хорошого лікаря – *«лікар з оком»*. Мається на увазі професійно-лікарська спостережливість, що дозволяє побачити, запам'ятати і по-медичному оцінити щонайменші зміни у фізичному і психічному стані людини.

### **6. Основні міжнародні офіційні документи, які регламентують роботу лікаря. Основне значення Женевської декларації для лікарів**

У сучасних умовах питанням медичної деонтології у всіх країнах приділяють велику увагу. Прийнятий ряд декларацій, кодексів, правил, які покликані визначити етичні норми поведінки лікарів. У багатьох країнах (Франції, ФРН, Італії, Швейцарії, США та ін.) існують національні деонтологічні кодекси. Ряд документів має міжнародний характер. До них слід віднести Женевську декларацію (1948), Міжнародний кодекс медичної етики (Лондон, 1949), Гельсінсько-Токійську декларацію (1964, 1975), декларацію Сіднея (1969), декларацію, що стосується відношення лікарів до тортур (1975) та інші. Проте в міжнародних документах з питань медичної деонтології не завжди враховуються конкретні умови життя тієї або іншої країни, національні особливості.

У основу Женевської декларації покладена *«Клятва Гіппократа»*, але в ній знайшли віддзеркалення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ ст. Так, до декларації внесені фрази: *«Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення робили вплив на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на противагу законам людяності»*. Остання фраза, відображаючи досвід Другої світової війни, закріплює положення *«Десяти Нюрнберзьких правил»* (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних дослідів на людях. Женевська декларація заснована на принципах, викладених Гіппократом і визначається *«Клятвою Гіппократа ХХ сторіччя»*. Вона була прийнята 2-ю Генеральною Асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації в 1948 р. і переглянута в 1994 р.

Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології), що конкретизував ряд положень Женевської декларації, схвалений експертами ВООЗ і є найбільш поширеним документом, на який посиляються багато дослідників проблем медичної деонтології. В ньому звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість перемановання пацієнтів, самореклами та ін. У 1970 р. питання медичної деонтології обговорювалися на Х Міжнародному конгресі терапевтів у Варшаві і на Міжнародному конгресі істориків медицини в Бухаресті.

У 1973 р. деонтологічні питання медицини в умовах науково-технічної революції стали предметом обговорення спеціального симпозіуму XV Міжнародного філософського конгресу у Варні, а в 1974 р. – XVIII Міжнародного конгресу з прикладної психології в Монреалі. У 1989 р. орган ВООЗ «Здоров'я миру» присвятив проблемі «етика і здоров'я» спеціальний номер, в якому розглядається і багато питань медичної деонтології.

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

1. У приймальне відділення стаціонару звернувся хворий з вулиці у важкому стані, неохайно одягнений, брудний, без документів. Лікар відмовив в огляді і наданні допомоги, посилаючись на асоціальний стан хворого і відсутність документів. Оцінити дії лікаря.

*А. Лікар має рацію.*

*В. Лікар повинен був викликати міліцію для переведення пацієнта в спецприймальник.*

*С. Кожна людина має право на медичну допомогу.*

*Д. Лікар повинен надати допомогу після встановлення особи пацієнта.*

*Е. Лікар повинен надавати допомогу тільки жителям за місцем реєстрації.*

2. Під час відпустки лікар приховав своє відношення до медицини і не надав допомогу хворому з серцевим нападом, аргументуючи це тим, що він перебуває у відпустці. Оцінити дії лікаря.

*А. Кожна людина має право на відпочинок.*

*В. Кожна людина має право на меддопомогу.*

*С. Лікар зобов'язаний надати допомогу за будь-яких обставин і у будь-який час.*

*Д. Лікар зробив правильно.*

*Е. Лікар несе кримінальну відповідальність за ненадання меддопомоги.*

3. Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження і лікування, пояснюючи це своїм віросповіданням. Лікар докладає всіх зусиль, щоб роз'яснити хворому необхідність обстеження і виконати свій професійний обов'язок. Оцінити дії лікаря.

*А. Лікар повинен виконати свої професійні обов'язки перед хворим.*

*В. Хворий має право відмовитися від меддопомоги.*

*С. Лікар повинен переконати родичів хворого в необхідності лікування.*

*Д. Лікар може призначити лікування хворому без обстеження.*

*Е. Хворий не має права відмовлятися від обстеження і лікування.*

4. Лікар-інтерн хірургічного відділення постійно конкурує з колегами, намагається за будь-яку ціну довести, що він кращий, прагне бути присутнім на всіх операціях, обов'язково отримати дозвіл асистувати, чергувати разом з куратором, ставить багато питань на засіданнях. Який тип поведінки він вибрав?

*А. Пристосування.*

*С. Компроміс.*

*Е. Співпраця.*

*В. Змагання.*

*Д. Уникнення.*

5. Медична сестра, не знайшовши взаєморозуміння зі старшою медичною сестрою відділення, прагне ретельно виконувати всі її розпорядження, уникаючи конфліктних ситуацій, не проявляє ініціативу, підпорядковується. Який тип регулювання конфлікту вона вибрала?

- А. Пристосування.                      С. Компроміс.                      Е. Співпраця.  
В. Змагання.                              Д. Уникнення.*

6. На прийомі в поліклініці хворому не сподобався зовнішній вигляд лікаря: брудний пом'ятий халат, відсутність шапочки, неакуратно підстрижені нігті. Хворий відмовився від консультації лікаря. Ваша думка?

- А. Хворий правий, велике значення має зовнішній вигляд лікаря.  
В. Якщо лікар – гарний фахівець, зовнішній вигляд не має значення.  
С. Якщо хворий потребує допомоги лікаря, то його зовнішній вигляд не має значення.  
Д. Тактовний хворий зробить вигляд, що не звернув уваги на зовнішній вигляд лікаря.  
Е. Всі відповіді можливі.*

7. Лікар-терапевт, втомившись від конкурентних відносин в колективі, запропонував рівний розподіл навантажень з урахуванням інтересів і можливостей всіх співробітників, чіткий і рівнозначний для всіх графік відгулів і нічних чергувань. Який тип регулювання конфлікту він вибрав?

- А. Пристосування.                      С. Компроміс.                      Е. Співпраця.  
В. Змагання.                              Д. Уникнення.*

8. Хворий із сильним стискаючим болем за грудниною звернувся за допомогою в стаціонар. Черговий лікар відмовив у госпіталізації і наданні допомоги, аргументуючи відмову непрофільністю лікувальної установи. Ваші дії на місці чергового лікаря?

- А. Госпіталізувати до лікувальної установи незалежно від її профілю.  
В. Надати невідкладну допомогу і відпустити додому.  
С. Надати невідкладну допомогу і організувати транспортування хворого в профільний стаціонар.  
Д. Організувати транспортування хворого в профільний стаціонар.  
Е. Викликати бригаду швидкої допомоги для надання невідкладної допомоги хворому і транспортування його в спеціалізований стаціонар.*

9. До офтальмолога звернулися за допомогою сусіди: їх дитина впала з велосипеда, вдарила та вивихнула або зламала руку. Дії лікаря?

- А. Надати першу допомогу і викликати швидку допомогу.  
В. Послатися на свою некомпетентність в даній ситуації.  
С. Порадити звернутися в травматологічний пункт.  
Д. Імобілізувати кінцівку і викликати сімейного лікаря.  
Е. Подзвонити в поліклініку черговому лікареві.*

## **Тема 2. Основні етапи становлення медичної деонтології та внесок відомих вітчизняних лікарів у її розвиток**

**Актуальність теми.** Знання етапів становлення медичної деонтології допомагає правильно зрозуміти сучасний стан медицини і передбачати перспективи її розвитку. Вивчення минулого медицини дає правильне уявлення про те, як виникли й нагромаджувалися навички розпізнавання захворювань, уміння лікувати їх і запобігати їм, як поступово почали володіти деонтологічними принципами в практичній діяльності. Минуле медицини дає змогу простежити в історичній послідовності, як змінювалися зміст медичних знань, спрямованість медичної діяльності, становище медичних працівників у суспільстві залежно від соціального ладу, рівня продуктивних сил, від розвитку наук, зміни світогляду. Але технологічний розвиток медицини призводить до зниження або втрати психологічного контакту між пацієнтом і лікарем. Це є причиною більшості етичних і правових конфліктів. Тому актуальним є розгляд основних етапів становлення медичної деонтології та внесок відомих вітчизняних лікарів у її розвиток.

**Загальна мета.** Допомогти молодому лікареві виховати в собі деонтологічний характер, глибше усвідомити особливості лікарської професії, розширити кругозір з питань медичної етики і лікарської деонтології.

### **Конкретні цілі:**

1. Розглянути основні етапи становлення медичної деонтології.
2. Обговорити основні деонтологічні принципи, відображені в роботах відомих письменників.

### **Теоретичні питання:**

1. Основні етапи становлення медичної деонтології. Основні риси лікарської етики догіппократівського періоду.
2. Позитивні та негативні риси медичної етики Стародавньої Індії.
3. Основні риси медичної етики медицини Гіппократа. Основні принципи поведінки лікаря, сформульовані Гіппократом.
4. Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології.
5. Характер розвитку медичної етики в Київській Русі.
6. Внесок вітчизняних клініцистів у розвиток доктрини медичної деонтології (М. Я. Мудров, Г. А. Захар'їн, С. П. Боткін, Т. Г. Яновський, І. П. Павлов, М. Д. Стражеско, М. М. Петров).
7. Приклади деонтологічних тем у творах видатних письменників (Л. М. Толстой, І. С. Тургенев, А. П. Чехов, Г. Флобер).

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

1. Хто з відомих клініцистів за свою виняткову спостережливість послужив прототипом Шерлока Холмса?

*А. Уайт А. В. Павлов І. П. С. Дж. Белл. Д. Потер В. Е. Мудров М. Я.*

2. Кому належать слова «Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева»?
- А. Гіпократу. С. Чехову А. П. Е. А. де Сент-Екзюпері.  
В. Вересаєву В. В. Д. Авіценні.*
3. Кому належать слова «Бути людиною серед людей», що стали його життєвим девізом?
- А. Павлову І. П. С. Мудрову М. Я. Е. Чехову А. П.  
В. Пирогову М. І. Д. Вересаєву В. В.*
4. Особливостями сучасного пацієнта є все, крім:
- А. Захоплення інструменталізмом.  
В. Захоплення нетрадиційними методами діагностики та лікування.  
С. Ігнорування профілактики.  
Д. Зростання освіченості.  
Е. Схильності до самолікування.*
5. Що з перерахованого поряд з професіоналізмом повинно було відрізняти кожного лікаря Стародавньої Персії?
- А. Вміння приймати пологи. Д. Знання астрономії і астрології.  
В. Володіння хірургічними звичками. Е. Все перелічене вище.  
С. Вміння впливати на хворих.*
6. У чому виявляється обмеженість гуманізму медицини догіппократівського періоду?
- А. Відсутність відповідальності за лікарську помилку.  
В. Відсутність турботи про хворого.  
С. Диференційний підхід до хворих різних соціальних груп.  
Д. Ненадання допомоги безнадійно хворим.  
Е. Все перераховане вище.*
7. Для якої моделі лікарської етики принцип «Роби добро» є основним?
- А. Гіпократа. С. Канта. Е. Для всіх, перелічених вище.  
В. Парацельса. Д. Гааза.*
8. Який принцип медичної етики лежить в основі моделі лікування Канта?
- А. «Не нашкодь».  
В. «Роби добро».  
С. Справедливості.  
Д. Правдивості.*
9. Який принцип медичної етики лежить в основі «деонтологічної» моделі лікарської діяльності?
- А. Справедливості. С. Дотримання обов'язку. Е. «Роби добро».  
В. Правдивості. Д. «Не нашкодь».*
10. Кому належить вираз «В присутності хворого змовкнуть розмови і зникне сміх, тому хвороба панує над усім»?
- А. Гіпократу. В. Авіценні. С. Гомеру. Д. Горацію. Е. Канту.*

## **Короткі методичні вказівки**

Деонтологія медична (грец. – *deon, deontos* належне, правильне + *logos* – вчення) – це сукупність моральних норм професійної поведінки медичних працівників. Поняття «медична деонтологія» і «медична етика» не ідентичні. Проблема обов'язку – одна з основних проблем медичної етики, відповідно, медична деонтологія є відображенням етичних концепцій, але вона має більш прагматичний і конкретний характер. Якщо медична етика не має специфіки, обумовленої тією або іншою медичною спеціальністю (немає окремої етики психотерапевта, етики хірурга та ін.), то медична деонтологія набула риси спеціалізації, обумовленої її прикладним характером, взаєминами з конкретною медичною професією (розрізняють деонтологію хірурга, педіатра, онколога, рентгенолога, венеролога й ін.).

## **Теоретичний матеріал**

### **1. Основні етапи становлення медичної деонтології. Основні риси лікарської етики догіппократівського періоду**

Медична деонтологія пройшла великий і складний шлях розвитку. Її історія багата на яскраві, інколи драматичні події і факти. Витоки деонтології йдуть у глибоку старовину. Можна думати, що перша людина, яка надала медичну допомогу своєму ближньому, зробила це з почуття співпереживання, прагнення допомогти в нещасті, полегшити його біль, інакше кажучи, з гуманності. Навряд чи потрібно доводити, що саме гуманність завжди була особливістю медицини і лікаря – її головного представника. Тому глибоко цікавили питання про особистість лікаря: якою повинна бути його поведінка, відношення до хворих, їх родичів; взаємини лікарів між собою. Англійський філософ І. Бентам проповідував ідеологію буржуазного лібералізму. Загальне благо, за Бентамом, недосяжне в умовах непереборного для суспільства антагонізму, і тому кожна людина повинна піклуватися тільки про себе. Інакше кажучи, деонтологію, як вчення про особисте належне в поведінці індивіда, І. Бентам протиставляє етиці, науці про мораль як суспільне належне в поведінці і відносинах людей. Звідси і випливає що гуманізм, людяність – поняття, що не мають місця в людському суспільстві. Близькі до цього ідеї проповідував англійський економіст Мальтус. За його теорією, населення Землі збільшується в геометричній прогресії, а засоби забезпечення існування людей можуть збільшуватися лише в арифметичній. Отже, неможливо задовольнити потреби всіх людей, а звідси убогість і голод полягають не в соціальних причинах, а в біологічних – законі безмежного розмноження живих істот. Природа ж сама регулює кількість населення і в її «природний порядок» не можна втручатися. Він вважав протиприродною лікарську діяльність, оскільки порятунок «зайвих людей» перешкоджає природному регулюванню чисельності населення.

Основи медичної деонтології були закладені ще в медицині стародавнього світу. У кожную історичну епоху відповідно до моралі, що панує

вала в даному суспільстві, принципи медичної деонтології мали характерні особливості, проте загальнолюдські, позакласові етичні норми медичної професії, визначені її гуманною суттю, – прагненням полегшити страждання і допомогти хворій людині, залишалися непорушними. Принципи медичної деонтології визначалися також рівнем розвитку медичної науки, від якого багато в чому залежать дії лікарів.

Етичні вимоги до людей, які займалися лікуванням, були сформульовані ще в рабовласницькому суспільстві, коли відбувся розподіл праці і лікування стало професією. Найбільш стародавнім джерелом, в якому сформульовані вимоги до лікаря і його права, вважають прийняте у Вавілоні зведення законів Хаммурапі, яке датується XVIII ст. до н.е.

Етичний кодекс лікарів Стародавнього Тибету, викладений в трактаті «Жуд-ши», перекладений російською мовою в кінці минулого століття лікарем П. Бадмаєвим, висував такі положення. «Традиції лікарського стану вимагають дотримання 6 умов: 1) бути здатним до лікарської діяльності; 2) бути гуманним; 3) розуміти свої обов'язки; 4) бути приємним для хворих і не відштовхувати їх своєю поведінкою; 5) бути старанним; 6) бути ознайомленим з науками».

Середньовічний кодекс китайських лікарів, викладений в книзі «Тисяча золотих ліків», вважав обов'язковим, щоб лікар був справедливим і не жадібним. «Він повинен співчувати хворим і урочисто обіцяти полегшити страждання хворих незалежно від їх стану. Аристократ або проста людина, бідняк або багач, немолодий або молодий, красивий або потворний, ворог або друг, уродженець цих місць або чужоземець, освічений або неосвічений – всіх слід лікувати однаково. Він повинен відноситися до страждань пацієнта як до своїх власних і прагнути полегшити його страждання, незважаючи на власні незручності, наприклад, нічні виклики, погану погоду, голод, втому. Навіть неприємні випадки, наприклад, абсцес, пронос, рак слід лікувати без всякої неприязні. Той, хто дотримується цих правил – великий лікар, інакше він – великий негідник».

У Персії існували три категорії лікарів: «зцілители святістю», «зцілители знанням» і «зцілители ножем». Найбільш поширеною була перша категорія лікарів, обов'язком яких було не тільки лікування в прямому сенсі, але і уміння психологічно впливати на хворого власною особою, своїми душевними, етичними якостями.

У всіх країнах в епоху рабовласницького ладу особа лікаря вважалася однією з найбільш шанованих і поважних, оскільки від лікаря багато в чому залежали здоров'я і життя людини. Нерідко лікар набував ореолу великого і всемогутнього, наділеного надприродними можливостями. Не випадково в ті часи деякі відомі лікарі були зведені до рангу богів. Одним із перших серед них був легендарний грецький лікар Асклепій – батько Гігієни – покровительки здоров'я, і Панаксії – покровительки лікувальної медицини.

Та все ж, гуманізм догіппократівської медицини мав обмежений характер, оскільки припускав диференційоване відношення до хворих різних соціальних прошарків. Незабезпеченим, а також безнадійним хворим лікарі взагалі відмовляли в допомозі. Гіппократ також вважав, що лікування безнадійних хворих веде до втрати лікарського авторитету.

## **2. Позитивні і негативні риси лікарської етики Стародавньої Індії**

Етичний кодекс лікарів Стародавньої Індії встановлював для них такі обов'язки: «Вдень і вночі, як би не був ти зайнятий, ти повинен всім серцем і всією душею прагнути полегшити страждання твоїх пацієнтів. Ти не повинен покидати або ображати твоїх пацієнтів навіть ради врятування власного життя або збереження коштів для існування. Ти не повинен перелобствувати навіть в думках. Так само ти не повинен прагнути до володіння чужим майном...». У той же час цей кодекс встановлював ряд заборон відносно надання медичної допомоги: «Не слід лікувати того, кого ненавидить володар, або тих, хто ненавидить володаря, або кого ненавидить народ, або тих, хто ненавидить народ. Точно також не слід лікувати того, хто украй ненормальний, злий, відрізняється поганим характером або поганою поведінкою, не доводить своєї чесності, перебуває при смерті, а також жінок, яких не супроводжують чоловіки або опікуни». Отже, в Стародавній Індії рекомендувалося братися за лікування тільки тоді, коли хвороба виліковна; від невиліковних хворих слід було відмовлятися, як і від тих, що не одужали протягом року. При такому виборчому підході завжди можна було відшукати причину для відмови в наданні медичної допомоги.

Питання медичної деонтології знайшли віддзеркалення і в найдавніших пам'ятках індійської літератури – зведенні законів Ману (близько II ст. до н.е. – I ст. н.е.) і Аюрведі, що означає «Наука про життя» (IX–III ст. до н.е.). Існують три редакції Аюрведи – цієї медичної енциклопедії давнини, найповніша належить лікареві Сушруті. В одній із книг Аюрведи говориться, яким повинен бути лікар, як слід йому поводитися, як і що говорити хворому: *«Він повинен мати чисте жалісливе серце, правдивий характер, спокійний темперамент, відрізнятися найбільшою помірністю і чеснотою, постійним прагненням робити добро. Мова його повинна бути ніжна, ясна, приємна, правдива і обдумана. Лікар не повинен повідомляти відносно загрозової передчасної смерті хворого, бо це може пошкодити йому. Лікар повинен бути м'яким, але, в той же час, рішучим, повинен підтримувати радісну надію на порятунок хворого. Лікар для хворого – батько, для здорового – друг»*. Привертає увагу диференційований підхід до хворих. Можна і потрібно лікувати бідних, сиріт, чужоземців, але в той же час не можна прописувати ліки тим, хто в немилості у раджі. З появою соціальної нерівності відношення хворих до лікарів стає неоднозначним: представники пануючих класів бачили в них слуг, а пригноблених класів – панів.



### **3. Основні риси лікарської етики медицини періоду Гіппократа. Основні принципи поведінки лікаря, сформульовані Гіппократом**

Неоціненну роль в розвитку медичної деонтології зіграв Гіппократ. Йому належать максими: «Де любов до людей, там і любов до свого мистецтва», «Не нашкодь», «Лікар-філософ подібний до бога». Велич Гіппократа полягає перш за все в його гуманізмі, в тому, що він вважав людину вінцем природи. Ці погляди пронизують весь текст «Клятви Гіппократа». Згідно з виразом У. Пенфілда, в ній «містяться вічні істини, які не може змінити час». Наступним етапом розвитку медичної етики в епоху робітничого суспільства є медицина Гіппократа. У цей період в Греції широко вивчалися філософські питання етики і моралі. Найвідоміший лікар старовини, Гіппократ першим спробував систематизувати правила медичної етики на підставі досвіду медицини. У своїй знаменитій «Клятві», в книгах «Про лікаря» і «Про сприятливу поведінку», «Про мистецтво», в «Афоризмах», написаних близько двох з половиною тисяч років тому, він створив кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто на все життя вибрав лікування своєю професією. Під впливом ідей Гіппократа в Стародавній Греції виняток увага приділялася етичному обличчю лікаря.

«Клятва Гіппократа» пережила століття. Важливо, що II Міжнародний деонтологічний конгрес (Париж, 1967) визнав можливим рекомендувати доповнити клятву єдиною фразою: «Присягаюся навчатися все життя!». III Міжнародний конгрес «Лікарі миру за запобігання ядерній війні» (1983) пропонував доповнити національні і міжнародні кодекси про професійний моральний обов'язок лікаря, в основі яких лежить «Клятва Гіппократа», пунктом, що зобов'язує медиків боротися проти ядерної катастрофи. Гіппократ вперше звернув увагу на питання належного відношення лікаря до родичів хворого та до своїх вчителів, взаємин між лікарями. Деонтологічні принципи, сформульовані Гіппократом, отримали подальший розвиток у роботах Асклепіада, Цельса, Галена та ін. В період середньовіччя розробкою питань щодо належного відношення лікаря до хворого займалися представники Салернської медичної школи, званої Гіппократовою спільнотою.

### **4. Роль лікарів Сходу в розвитку медичної деонтології**

Величезний вплив на розвиток медичної деонтології зробили лікарі Сходу. Ібн Сіна (Авіценна) – творець «Канону лікарської науки», розглядаючи різні сторони лікарської діяльності, підкреслював неповторність і індивідуальність тих, хто звертається за медичною допомогою: «Кожна окрема людина володіє особливою натурою, властивою лише йому». Авіценні також приписують вислів: «*Лікар повинен володіти оком сокола, руками дівчини, мудрістю змії і серцем лева*». Однією з головних ідей «Канону лікарської науки» є необхідність попередження хвороби, на що повинні бути направлені зусилля і лікаря, і хворого, і здорового. Примітно, що здавна проблема відношення лікаря до хворого розглядалася в плані співпраці

і взаєморозуміння. Так, лікар і письменник Абу-ль-Фарадж, що жив у XIII ст., сформулював таке звернення до хворого: *«Нас троє – ти, хвороба і я; якщо ти будеш з хворобою, вас буде двоє, я залишуся один – ви мене здолаєте; якщо ти будеш зі мною, нас буде двоє, хвороба залишиться одна – ми її здолаємо»*. Велике значення нарівні з вимогами до особи лікаря, його людських якостей (порядність, чесність, доброта) додавалося необхідності постійного самовдосконалення, бо некваліфікований лікар може завдати хворому шкоди, що є грубим порушенням моральних норм лікування.

### **5. Характер розвитку медичної етики в Київській Русі**

Питання медичної деонтології отримали правове віддзеркалення ще в деяких документах Стародавньої Русі. Так, в «Зборнику Святослава» (XI ст.) є вказівка, що монастирі повинні давати притулок не тільки багатим, але і бідним хворим. У зведенні юридичних норм Київської Русі «Руська правда» (XI–XII ст.) затверджено положення про право на медичну практику і встановлено законність стягування лікарями з хворих плати за лікування. Значно пізніше у Морському статуті Петра I були сформульовані вимоги до лікаря, проте його обов'язки розглядалися у відриві від лікарських прав.

### **6. Внесок вітчизняних клініцистів у розвиток вчення про медичну деонтологію (М. Я. Мудров, Г. А. Захар'їн, С. П. Боткін, Т. Г. Яновський, І. П. Павлов, М. Д. Стражеско, М. М. Петров)**

Багато для пропаганди гуманної спрямованості лікарської діяльності зробили визначені російські вчені-медики XVIII–XIX ст.: С. Г. Зибелін, Д. С. Самойлович, І. Е. Дядьківський, С. П. Боткін, В. А. Манассеїн. Особливо слід зазначити «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря», «Слово про спосіб учить і вчитися медицині практичній» М. Я. Мудрова і твори М. І. Пирогова, що поєднують любов до своєї справи, високий професіоналізм і турботу про хвору людину.

Відомий хірург-онколог М. М. Петров писав: «Основне завдання всякої медичної деонтології лежить в тому, щоб постійно нагадувати медичним працівникам, що медицина повинна служити користі хворих людей, а не хворі люди – користі медицини. На перший погляд, такі нагадування просто зайві – до такої міри справа ясна сама по собі. Проте досвід показує, що подібні нагадування важливі не тільки в медицині, але і у всіх галузях людської діяльності, бо будь-які фахівці дуже легко і часто переоцінюють роль своєї спеціальності, забуваючи тих, кому вона повинна служити».

Зразком високої лікарської моральності був і залишається М. Я. Мудров. У 1813 р. у Московському університеті він виголосив свою знамениту Актову промову «Слово про благочестя і етичні якості Гіппократова лікаря», в якій закликав виховувати лікарів у напрямку гуманізму, безкорисливості і самопожертвування. Ширше моральні аспекти виховання лікарів розкриті в книзі М. Я. Мудрова «Слово о способе учить и учиться медицине практической или деятельному врачебному искусству при постелях больных».

М. Я. Мудров намалював портрет лікаря-гуманіста і мислителя, здатного виховувати і впливати на хворого власним прикладом. Він не тільки пропагував етику лікаря, але і сам був носієм високих гуманних принципів. Коли в 1831 р. у Петербурзі спалахнула холера, він добровільно приїхав туди для надання допомоги хворим, сам заразився холерою і помер.

Вчитися бути лікарем – вчитися бути людиною. Всім відомий життєвий девіз М. І. Пирогова: *бути людиною серед людей*. Лікар повинен бути вихованою людиною і повинен володіти внутрішньою інтелігентністю, духовністю, щедрістю. Що стосується духовних якостей лікаря, таких як співчуття і душевність, то ці риси характеру слід вважати законами професії.

### **7. Приклади деонтологічних тем у творах видатних письменників (Л. М. Толстой, І. С. Тургенєв, А. П. Чехов, Г. Флобер)**

А. П. Чехов писав: *«Лікар повинен викинути з душі все дріб'язкове і вульгарне і виробити в собі делікатність і м'якість»*. Перелік того мінімуму порядності і вихованості, якими повинна володіти, на думку письменника, кожна людина, описаний в листі А. П. Чехова своєму братові Миколі. В одному зі своїх листів писав: *«Ти пишеш, що заздрю моєму характеру. Повинен повідомити, що від природи у мене характер різкий, запальний, але я звик тримати себе в руках, оскільки розпускатися порядній людині не годиться»*.

Однією з важливих умов об'єктивності оцінки людей є знання себе, своїх обов'язків, бажань, слабкості. М. Г. Чернишевський писав: *«Хто не вивчає людини в самому собі, ніколи не досягне глибокого знання людей»*.

Академік Ф. Г. Яновський радив своїм учням, якщо вони скаржилися на «важку» вдачу хворого, уявити, що це їх брат або батько. Представники будь-якої іншої професії можуть відповідним чином відреагувати на образу, відмовити людині, але не лікар. Лікар повинен уміти тримати себе в руках за будь-яких обставин.

На згадку про лікарів старшого покоління збереглися розповіді про діагностику «з першого погляду», приклади буквально чудодійної швидкості і точності, з якою видатні представники нашої професії іноді розпізнавали хворобу навіть у найскладніших випадках. Ці лікарі володіли величезним досвідом, високорозвиненим клінічним мисленням і витонченою, чіпкою спостережливістю. Прикладом подібного лікаря був доктор Джозеф Белл, головний хірург королівської лікарні в м. Единбурзі, який став прототипом Шерлока Холмса: *«Белл учив студентів не тільки мистецтву лікування, але і спостережливості: ...досить тільки гарно вглядітися, і по обличчю людини можна дізнатися її національність, по руках – професію, а все останнє – по ході, манерам або, скажімо, по нитках, що висять на костюмі»*.

Загальну популярність здобула подвигиця діяльності доктора Ф. П. Гааза, що став головним лікарем московських в'язниць. Його девізом було: *«Поспішайте робити добро!»*. У формуванні принципів медичної деонтології велику роль зіграли прогресивні представники земської медицини,

які вважали своїм етичним обов'язком допомагати бідним і знедоленим. Гуманістична спрямованість діяльності російських медиків описана в творах письменників-лікарів А. П. Чехова і В. В. Вересаєва. У Росії випускники вищих медичних навчальних закладів давали так звану факультетську обіцянку. Велике місце в ній відводилося відносинам між лікарями: «Обіцяю бути справедливим до своїх співтоваришів... По совісті віддаватиму справедливість їх заслугам і старанням...»

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

1. До травматологічного пункту звернувся робітник, який отримав травму на роботі в стані алкогольного сп'яніння. Лікар, родич потерпілого, оформив довідку про непрацездатність хворого, не вказав факт отримання травми в стані алкогольного сп'яніння. Оцініть дії лікаря.

*А. Скоїв посадове порушення.*

*Д. Допоміг родичеві.*

*В. Скоїв благородний вчинок.*

*Е. Проявив гуманізм і милосердя.*

*С. Порушив правила поведінки*

2. Після огляду пацієнта завідувач відділення починає обговорювати діагноз і план лікування з лікарем у присутності пацієнта. Оцініть дії медперсоналу.

*А. Хворий має право знати все про свою хворобу.*

*В. У хворого можливий розвиток ятрогенного захворювання.*

*С. Хворий не має права бути присутнім під час обговорення його діагнозу.*

*Д. Хворий не має права бути присутнім під час обговорення його лікування.*

*Е. Можливий розвиток недовіри до медперсоналу.*

3. Дільничний лікар зі стажем роботи більше 20 років відмовляється від проходження курсів підвищення кваліфікації, аргументуючи свою відмову тим, що у неї великий практичний досвід і вона сама може навчати молодих лікарів. Оцініть дії дільничного лікаря.

*А. Лікар зобов'язаний постійно підвищувати свою кваліфікацію.*

*В. Лікар правий.*

*С. Лікар зобов'язаний проходити курси підвищення кваліфікації раз на 5 років.*

*Д. Лікар, який має великий стаж практичної роботи, може проходити курси підвищення кваліфікації за бажанням.*

*Е. Курси підвищення кваліфікації обов'язкові тільки для молодих фахівців.*

4. Хворий направлений у стаціонар для планового обстеження і лікування. При зверненні до стаціонару хворому відмовили в госпіталізації через відсутність вільних місць. Ваші дії на місці медперсоналу лікувальної установи?

*А. Всі дії були правильними.*

*В. Назначити дату госпіталізації з урахуванням вільних місць.*

*С. Організувати госпіталізацію хворого до іншої аналогічної лікувальної установи.*

*Д. Запропонувати хворому провести обстеження і лікування амбулаторно.*

*Е. Всі варіанти можливі.*

5. Медсестра терапевтичного відділення систематично запізнюється на роботу, двічі за місяць не вийшла на чергування, пославшись на те, що переплутала числа. Класифікувати дії медсестри.
- А. Дисциплінарне порушення. Д. Лікарська помилка.*  
*В. Суспільне порушення. Е. Халатність.*  
*С. Адміністративне порушення.*
6. Під час обходу лікар сказав, що молодша медсестра несвоєчасно переслала ліжку хворому і зробив їй зауваження у присутності хворого. Що порушив лікар?
- А. Субординацію. Д. Санітарно-гігієнічний режим.*  
*В. Правила деонтології. Е. Правила внутрішнього розпорядку.*  
*С. Лікувально-охоронний режим.*
7. Хворий звернувся в консультативну поліклініку. Лікар без опитування і огляду хворого призначає високооплачуване обстеження (лабораторне і інструментальне) і консультацію після отримання його результатів. Оцініть дії лікаря консультативної поліклініки.
- А. Лікар зобов'язаний проконсультувати пацієнта за наявності направлення і виписки з історії хвороби.*  
*В. Лікар зобов'язаний прийняти пацієнта тільки за направленням з попереднім діагнозом.*  
*С. Лікар зобов'язаний оглянути хворого, поставити попередній діагноз, після чого призначити тільки необхідні дослідження.*  
*Д. Сучасний лікар повинен мати повну інформацію про хворого, що допоможе йому поставити правильний діагноз.*  
*Е. Лікар повинен порадитися з хворим перед призначенням високооплачуваного обстеження.*

### **Тема 3. Правове забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві**

**Актуальність теми.** Належна юридична підготовка лікарів є міцною основою для формування правової культури, почуття високої відповідальності перед суспільством і державою. При вивченні законодавства у цій галузі особливу увагу слід звернути на положення про права, обов'язки та відповідальність лікарів, законодавчі гарантії на їхню професійну діяльність, питання медичного страхування. На сьогодні актуальним є узагальнення законодавчих актів практичної діяльності лікаря, що допоможе вберегти медичний персонал від правопорушення. Необхідно знати свої права та обов'язки, захищати їх від будь-яких посягань.

**Загальна мета.** Надати можливість студентам засвоїти загальні питання правового забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві.

### **Конкретні цілі:**

1. Обговорення основних міжнародних документів.
2. Обговорення основних вітчизняних правових документів.

### **Теоретичні питання:**

1. Основні принципи «Нюрнберзького кодексу» (1947).
2. «Женевська декларація» (1948, 1994) як клятва Гіппократа ХХ ст.
3. «Міжнародний кодекс медичної етики» (1949).
4. «Гельсінська декларація прав людини» (1964) ВМА (Етичні принципи медичних досліджень за участю людей) 1975 (Токіо), 1983 (Італія), 1989 (Гонконг), 1996 (ПАР), 2000 (Шотландія), 2002 (США).
5. «Лісабонська декларація (прав пацієнта)» ВООЗ і ВМА.
6. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966).
7. Токійська декларація (1975) – доповнений етичний кодекс медико-біологічних досліджень.
8. Права медичного працівника за законодавством України.

### **Тестові завдання для контролю початкового рівня знань**

1. Який документ регламентує права і обов'язки лікаря і права пацієнта в Україні?  
*А. Конституція України.*  
*В. Закон України «Про охорону здоров'я».*  
*С. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».*  
*Д. Кримінальний кодекс України.*  
*Е. «Декларація прав людини і питання свободи медичних працівників».*
2. Коли і де був прийнятий «Міжнародний кодекс медичної етики»?  
*А. Женева, 1948.*                      *С. Гельсінкі, 1964.*                      *Е. Токіо, 1975.*  
*В. Лондон, 1949.*                      *Д. Нюрнберг, 1947.*
3. Який з перерахованих документів гарантує права пацієнта?  
*А. Нюрнберзький кодекс.*                      *Д. Лісабонська декларація.*  
*В. Женевська декларація.*                      *Е. Токійська декларація.*  
*С. Гельсінська декларація.*
4. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за незаконну видачу рецепту на право отримання наркотичних засобів?  
*А. № 141.*                      *В. № 145.*                      *С. № 319.*                      *Д. № 364.*                      *Е. № 365.*
5. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за хабар?  
*А. № 136.*                      *В. № 189.*                      *С. № 364.*                      *Д. № 367.*                      *Е. № 387.*
6. Яка стаття Конституції України гарантує право на охорону здоров'я, меддопомогу і медичне страхування?  
*А. № 27.*                      *В. № 28.*                      *С. № 43.*                      *Д. № 45.*                      *Е. № 49.*

7. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за незаконну лікувальну діяльність?

*А. № 133.      В. № 136.      С. № 138.      Д. № 140.      Е. № 145.*

8. Яка дія медичного працівника може класифікуватися як навмисний злочин?

*А. Ненадання допомоги хворому.*

*В. Незаконний аборт.*

*С. Порушення правил боротьби з епідемією.*

*Д. Порушення правил зберігання і видачі наркотичних препаратів.*

*Е. Все перераховане вище.*

9. Яка стаття Кримінального кодексу України регламентує відповідальність за ненадання допомоги хворому медичним працівником?

*А. 138.      В. 139.      С. 141.      Д. 145.      Е. 367.*

10. Регулятором вирішення лікарем етичних проблем в професійній діяльності є все, крім:

*А. Своєї вигоди.*

*Д. Принципів професійної етики.*

*В. Міжнародного права.*

*Е. Національного законодавства.*

*С. Висновку етичного комітету.*

### **Короткі методичні вказівки**

Найважливішим історичним етапом правового забезпечення професійної діяльності лікаря в сучасному суспільстві стало створення в 1947 р. «**Нюрнберзького кодексу**». Того року в м. Нюрнберг (Німеччина) відбувся судовий процес над фашистськими злочинцями. На лаві підсудних опинилися 23 нацистські лікарі, які проводили жорстокі і цинічні експерименти на людях. У тексті вироку нацистам-медикам були сформульовані юридичні і етичні умови допустимості медичних експериментів на людях. Це і є «**Нюрнберзький кодекс**», положення якого до теперішнього часу враховуються при складанні всіх подальших етичних кодексів, регулюючих медично-біологічні дослідження на людях і тваринах. Фашистські медично-біологічні експерименти на всі часи залишаться наочним прикладом антимедицини проти людства, оскільки вони кричущим чином фальсифікували не тільки благородну медичну професію, але і гуманістичну природу науки. У фашистських експериментах люди були зведені до рівня просто об'єктів. Їх прирікали або на смерть, або на важкі каліцтва. Пам'ять тисяч людей, що прийняли жорстокі муки, загинувших в ході цих експериментів, наче волає до того, щоб сьогодні медики суворо дотримувалися вимог соціально-етичного контролю при проведенні медично-біологічних досліджень на людях. «**Нюрнберзький кодекс**» був сформульований як складова частина вироку медикам-фашистам.

## Теоретичний матеріал

### 1. Основні принципи «Нюрнберзького кодексу» (1947):

- обов'язкова добровільна згода об'єкту досліджень;
- ретельне обґрунтування необхідності проведення експерименту;
- експеримент повинен лише підтвердити результати дослідів на тваринах;
  - захист досліджуваного від будь-яких фізичних і психологічних травм;
  - виключення тяжких ушкоджень або летального результату об'єкту досліджень в ході експерименту;
  - виключення перевищення ступеня ризику вище допустимого рівня;
  - проведення експерименту висококваліфікованими фахівцями;
  - надання виконавцем морально-етичних прав досліджуваному на час проведення експерименту, а також право припинити участь в експерименті на будь-якій стадії.

2. У 1948 р. Всесвітня Медична Асоціація (ВМА) прийняла «Женевську декларацію», в основу якої покладена «Клятва Гіппократа», але в ній знайшли віддзеркалення і найбільш гострі соціальні проблеми ХХ ст. Так, до декларації внесені фрази: *«Я не дозволю, щоб релігія, націоналізм, расизм, політика або соціальне положення робили вплив на виконання мого обов'язку... Навіть під загрозою я не використаю мої знання в області медицини на протипагу законам людяності»*. Остання фраза, відображаючи досвід Другої світової війни, закріплює положення «Десяти Нюрнберзьких правил» (Нюрнберзький кодекс, 1947), в яких підкреслюється неприпустимість злочинних дослідів на людях.

**Женевська декларація**, прийнята 2-ю Генеральною Асамблеєю ВМА, Женева, Швейцарія, вересень 1948 року; 46-ю Генеральною Асамблеєю ВМА, Стокгольм, Швейцарія, вересень 1994 року.

Вступаючи в співтовариство лікарів, урочисто присягаюся:

- присвятити своє життя службі на благо людини;
- з повагою і подякою відноситися до моїх вчителів;
- сумлінно і гідно виконувати свій професійний обов'язок;
- піклуватися, перш за все, про здоров'я мого пацієнта;
- зберігати довірені мені таємниці, навіть після смерті пацієнта;
- всіма доступними мені засобами затверджувати чесні і благородні традиції професії лікаря;
  - відноситися до моїх колег, як до братів і сестер;
  - не дозволяти обставинам, пов'язаним з віком, станом здоров'я, віросповіданням, расовою приналежністю, статтю, національністю, політичними переконаннями, сексуальною орієнтацією або соціальним положенням, перешкоджати виконанню мого обов'язку перед пацієнтом;
  - незважаючи ні на що, затверджувати людське життя з самого його початку як найвищу цінність, і не використовувати свої знання лікаря всупереч законам гуманності;



– цю урочисту присягу я приймаю добровільно і присягаюся чесно слідувати їй.

**3.** На додаток до «Женевської декларації» розроблений **Міжнародний кодекс медичної етики**. Прийнятий 3-ю Генеральною Асамблеєю ВМА (Лондон, Англія, жовтень 1949 р.), Міжнародний кодекс медичної етики (Міжнародний кодекс з деонтології, що конкретизував ряд положень Женевської декларації, схвалений генеральним директором ВООЗ) є найбільш поширеним документом, на який посилаються багато дослідників проблем медичної деонтології. В ньому звертається увага на питання оплати лікарської допомоги, на неприпустимість переманювання пацієнтів, самореклами і т. п.

### ***Загальні обов'язки лікаря***

Лікар повинен завжди затверджувати найвищі стандарти професійної діяльності.

Лікар не повинен дозволяти фінансовим інтересам впливати на вільне і незалежне виконання професійних рішень на користь пацієнтів.

Лікар повинен, незважаючи на вид медичної практики, самовіддано надавати компетентну медичну допомогу з повною технічною і моральною незалежністю, зі співчуттям і пошаною до людської гідності.

Лікар повинен бути чесним із пацієнтами і колегами, повинен боротися з професійними і особистими недоліками інших лікарів, повинен викривати обман і шахрайство.

Неетичними визнаються випадки таких видів діяльності:

а) самореклама лікаря, крім тих випадків, коли це дозволено законом даної країни і Кодексом етики Національної медичної асоціації;

б) оплата або отримання будь-якої винагороди тільки за передачу чийось рекомендацій і рекомендацій будь-якого характеру.

Лікар повинен поважати права пацієнта, колег, іншого медичного персоналу і повинен дотримуватися конфіденційності відносно пацієнта.

Лікар повинен діяти тільки на користь пацієнта в тих випадках, коли він застосовує такі види медичної допомоги, які можуть завжди ослабити фізичний або психічний стан пацієнта.

Лікар повинен дотримуватися найбільшої обережності, поширюючи відомості з непрофесійних каналів про відкриття, нову техніку або лікувальні методики.

Лікар повинен засвідчувати тільки те, що він сам перевірів.

### ***Обов'язки лікаря по відношенню до хворих***

Лікар завжди повинен розуміти зобов'язання зберігати людське життя.

Лікар повинен надавати пацієнтові всі ресурси своєї науки. Якщо лікар не має можливості провести обстеження або лікування, він повинен звернутися до іншого лікаря, у якого такі можливості є.

Лікар повинен утримувати в абсолютній таємниці все, що він знає про свого пацієнта, навіть після смерті останнього.

Лікар повинен поводитися по відношенню до своїх колег так, як він хотів би, щоб вони поводитися по відношенню до нього.

Лікар не повинен переманювати пацієнтів у своїх колег.

Лікар повинен дотримуватися принципів Женевської декларації, прийнятої Генеральною Асамблеєю ВМА.

4. У липні 1964 р. ВМА на своїй ХІХ Асамблеї в Гельсінкі прийняла Декларацію, де доповнюється і поглиблюється «Нюрнберзький кодекс». Суперечності, що виникають в умовах бурхливого науково-технічного прогресу, в медицині між традиційно клінічними, терапевтичними цілями і суто науковими завданнями і відобразила **Гельсінська декларація**: «Для розвитку науки і на користь стражденного людства абсолютно необхідно, щоб результати лабораторних експериментів застосовувалися до людини».

ВМА підготувала рекомендації з проведення клінічних випробувань на людині. Такий кодекс повинен лягти в основу моралі медиків усього світу. Це не виключає відповідальності лікарів згідно з юридичними, цивільними і моральними нормами своєї країни.

Основні рекомендації Гельсінської декларації неодноразово оновлювалися: Токіо (Японія, 1975); Венеція (Італія, 1983); Гонконг (Китай, 1989); Сомерсет Уест (Південно-Африканська Республіка, 1996); Единбург (Шотландія, 2000); Вашингтон (США, 2002). Декларація містить вимоги, що пред'являються до лікарів, які беруть участь у біомедичних дослідженнях. Декларація містить конкретні рекомендації щодо клінічних випробувань, які проводяться з метою діагностичних і лікувальних втручань на користь хворого, і неклінічних досліджень, які проводяться з науковою метою і не мають прямого діагностичного або лікувального значення для пацієнта.

Чітке розмежування в одних випадках поняття «хворий», а в інших поняття «досліджуваний» – основоположний момент Гельсінської декларації. Власне морально-етичні рекомендації Декларації складаються з трьох розділів. У першому розділі «Основні принципи» підкреслюється однакова важливість наукового обґрунтування клінічних випробувань та їх моральне виправдання. Особлива увага приділяється оцінці передбачуваного ризику для хворого або досліджуваного, заходам профілактики передбаченої і непередбачуваної шкоди для людини – об'єкту клінічних досліджень.

Другий розділ «Дослідження терапевтичного характеру» перш за все підкреслює право лікаря на застосування нових терапевтичних засобів з метою врятування життя, відновлення здоров'я або полегшення страждань хворого.

Далі в Гельсінській декларації слідує положення про «добровільну згоду» як неодмінну умову клінічних випробувань: *«З урахуванням психічних особливостей хворого лікареві слід заручитися згодою хворого на випробування, якщо це юридично або фізично неможливо, то згодою законних опікунів хворого»*. Тут враховується найважливіша вимога моралі – відно-

ситися до людини (хворого, досліджуваного) як до суб'єкта вільного морального вибору, тим самим лікар, медицина в цілому виражають пошану до особи хворого, суверенності його свідомості, законності його прав.

Одним з важливих принципів Гельсінської декларації є те, що *«лікар має право поєднувати випробування з лікуванням для отримання нових даних в тій мірі, в якій це виправдано користю для хворого»* і далі *«...при проведенні на людині випробування з суто науковою метою лікар повинен весь час залишатися в ролі захисника життя і здоров'я досліджуваного»*. Іншими словами, терапевтична користь для хворого – первинна, нові наукові дані завжди вторинні.

**5.** Найважливішими міжнародними «джерелами» з питань прав громадян є **Лісабонська Декларація Всесвітньої медичної асоціації з прав пацієнтів**, прийнята на 34-й сесії Всесвітньої медичної Асамблеї (Лісабон, Португалія, вересень/жовтень 1981 р., зі внесенням поправок на 47 сесії Генеральної Асамблеї (Балі, Індонезія, вересень, 1995) і **Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі** (Європейська нарада з прав пацієнтів, Амстердам, 28–30 березня 1994 р., ВООЗ, Європейське регіональне бюро).

#### **Лісабонська декларація про права пацієнта**

Лікар повинен діяти в інтересах пацієнта у згоді зі своєю совістю, з урахуванням юридичних, етичних і практичних норм тієї країни, де він практикує. Справжня «Декларація» стверджує основні права, якими, з точки зору медичної спільноти, повинен володіти кожен пацієнт.

Якщо в будь-якій країні положення законодавства або дії уряду перешкоджають реалізації нижчеперелічених прав, лікарі повинні прагнути, всіма доступними способами відновити їх і забезпечити їх дотримання.

Пацієнт має право вільно вибрати лікаря.

Пацієнт має право отримати допомогу лікаря незалежно від сторонніх впливів у 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 буде ставитися до всієї медичної та 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.

**6. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966)** визначила принципи проведення всіх досліджень із залученням людини. На відміну від Гельсінської декларації, вона регламентує морально-етичні принципи медичної практики. Основні положення Конвенції розглядають:

- пріоритет інтересів і благ конкретної людини порівняно з інтересами науки і суспільства;
- проведення медичних втручань можливе тільки після отримання інформованої згоди від пацієнта;
- дотримання принципу недоторканності особистого життя і прав людини знати або не знати інформацію про стан свого здоров'я;
- заборона втручань в геном людини з метою зміни генома її спадкоємців і неприпустимість дискримінації, заснованої на генетичних характеристиках людини;
- вилучення органів і тканин у живого донора з метою трансплантації можливо тільки за його згодою і проводиться тільки з терапевтичною метою;
- заборона створення людської істоти, генетично ідентичної іншій людині (живий або мертвій), а також створення ембріонів людини з дослідницькою метою;
- пошана прав учених на дослідження при дотриманні правил Гельсінської декларації.

### **7. Токійська декларація (1975) – доповнений етичний кодекс медично-біологічних досліджень**

На ХХІХ Асамблеї ВМА, що проходила в 1975 р. у Токію, був переглянутий і доповнений етичний кодекс медично-біологічних досліджень. У першому розділі Токійської декларації детально розглядаються різні аспекти проблеми ризику при проведенні допустимих медично-біологічних досліджень на людях. Пункт 4-й, зокрема, передбачає необхідність розумної рівноваги *«між важливістю поставлених завдань і можливим ризиком для досліджуваних»*. Пункт 5-й наказує ретельно оцінювати очікуваний ризик *«порівняно з передбачуваною користю»*. Тут же сформульований наступний імператив: *«Інтереси досліджуваних повинні завжди превалювати над інтересами науки і суспільства»*. Пункт 7-й, зокрема, свідчить: *«Лікарі зобов'язані утримуватися від проведення досліджень, що включають досліди на людях, поки вони не переконані, що зв'язаний з цим ризик можна передбачити»*. Заслугує на пильну увагу новий, порівняно з Гельсінською декларацією, пункт 8-й: *«Розголошуючи результати свого дослідження, лікар зобов'язаний бути впевненим в їх точність. Звіти про експерименти, виконані в обхід принципів справжньої декларації, не повинні прийматися для публікації»*.

Розділи II і III Токійської декларації цікаві вже в термінологічному відношенні: *«Медичні дослідження, що поєднуються з професійним обслуговуванням хворих (клінічні випробування)»* і *«Не терапевтичні медично-біологічні дослідження, що включають досліди на людях (неклінічні медично-біологічні випробування)»*. Тут точніше, хоча і в декілька ускладненому вигляді, розмежовані два види медично-біологічних досліджень на людях,

що фундаментально розрізняються, тоді як в Гельсінській декларації і терапевтичні, і не терапевтичні дослідження іменувалися «клінічними».

У II розділі Токійської декларації по суті справи всесторонньо аналізується стародавній медико-етичний принцип «Не нашкодь!» в умовах застосування лікарем клінічних нововведень. Згідно з вимогами Декларації, порівняння характеристик нових терапевтичних методів слід проводити з відповідними характеристиками кращих методів, що вже застосовуються в медичній практиці. Застосовувати до будь-кого свідомо гірші терапевтичні методи неетично. Коментуючи III розділ Токійської декларації, звернемо увагу на наступні два положення. У пункті 2 дається визначення поняття «досліджуваній»: «досліджувані повинні бути добровольці, або здорові особи, або пацієнти, до хвороби яких експериментальний задум відношення не має». У пункті 4 освітлено розповсюдження регулюючої ролі етичного принципу «Не нашкодь!» при проведенні медично-біологічних експериментів на людях з суто науковою метою: *«При проведенні досліджень на людях інтереси науки або суспільства не повинні переважати над міркуваннями про благополуччя досліджуваних»*. На практиці останнє положення породжує морально-етичні дилеми і викликає суперечки.

Згідно з цими документами, інтереси досліджуваних повинні завжди превалювати над інтересами науки і практики. Гуманістична спрямованість документів, що стосуються експериментів на людях, безумовно, заслуговує на позитивну оцінку. Проте ніякий документ не може передбачити всього, що пов'язано з такими дослідженнями, зокрема індивідуальну неприпустимість, ступінь добровільності згоди досліджуваного та ін. Тому необхідна конкретизація і розробка моральних норм стосовно нових типів експериментів, що з'являються. Практичним рішенням цієї задачі займаються національні та міжнародні організації, в деяких випадках з участю не тільки медиків, але і представників громадськості.

### **8. Права медичного працівника за законодавством України**

Окрім ст. 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», в якій чітко визначено право лікаря на відмову від надання медичної допомоги, є ст. 38 цього ж Закону, в якій передбачено, що пацієнт має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги. У Законі не передбачені випадки, за яких лікар має право відмовити пацієнтові через те що не може запропонувати свої послуги. Це оціночне поняття породжує проблеми в правозастосуванні, пропонується заповнити правовий пропуск за допомогою деонтологічної норми (п. 3.4. Етичного кодексу лікаря України: «лікар має право відмовитися від лікування хворого, якщо упевнений, що між ним і пацієнтом відсутня необхідна взаємна довіра, коли відчуває себе недостатньо компетентним або не має в своєму розпорядженні необхідних для проведення лікування можливостей і в інших випадках, якщо це не суперечить Клятві лікаря України»): на практиці можна тлумачити випадки, коли лікар може за-

пропонувати свої послуги як такі, що визначені як підстава для відмови лікаря від пацієнта в Етичному кодексі лікаря України.

Ще одна законна підстава для відмови в наданні медичної допомоги закріплена в нормі ч. 2 ст. 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». З цієї норми виходить, що за винятком невідкладного стану пацієнтові можна відмовити в наданні допомоги, якщо заклад, вибраний хворим, не має можливості забезпечити відповідне лікування (наприклад, відсутнє необхідне устаткування, профільні фахівці, відділення).

### **Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань**

**1.** Під час профілактичного огляду лікар повідомляє хворому попередній діагноз «пухлина кишечника» і пропонує терміново провести обстеження в умовах спеціалізованого стаціонару. Які дії лікаря були помилковими?

*А. Розкрита лікарська таємниця.*

*В. Повідомлення хворому про можливий і необґрунтований діагноз.*

*С. Пропонування термінової госпіталізації для обстеження.*

*Д. Лікар правий, оскільки хворий має право знати всю інформацію про свою хворобу.*

*Е. Всі дії лікаря були помилковими.*

**2.** Лікар пропонує хворому на вибір лікарські препарати, які необхідно приймати в процесі тривалого лікування. Хворий, орієнтуючись тільки в ціні, вибирає найбільш дешевий препарат. Через деякий час хворий вимушений не тільки перейти на прийом інших препаратів, але і отримати додаткове лікування для зменшення проявів побічних дій «дешевих» препаратів. Назвати причину даної ситуації.

*А. Відсутність чіткого рішення з боку лікаря.*

*В. Недостатня медична освіченість пацієнта.*

*С. Низька якість і побічні дії дешевих препаратів.*

*Д. Неправильно призначене лікування.*

*Е. Спочатку було призначене недостатнє лікування.*

**3.** Серед хворих в палаті виникла конфліктна ситуація. Як повинен діяти лікар?

*А. Перевести конфліктуючих пацієнтів у різні палати.*

*В. Переконати пацієнтів помиритися.*

*С. Заборонити з'ясовувати відносини.*

*Д. Виписати конфліктуючих пацієнтів для подальшого амбулаторного лікування.*

*Е. Задіяти адміністрацію лікувальної установи для вирішення проблеми.*

**4.** Хворому показаний дорогий препарат, якого немає в арсеналі лікарняної аптеки. У хворого фінансові можливості обмежені. Як повинен поступити лікар?

*А. Пояснити хворому, що препарат йому потрібний, і разом вирішити проблему оплати препарату.*

*В. Повідомити родичам хворого про необхідність даного препарату.*

*С. Знайти спонсора – благодійний фонд або іншу організацію, чи приватну особу.*

*Д. Продовжувати лікувати доступними за ціною або наявними в лікарні препаратами.*

*Е. Призначити замість дорогого засобу інші препарати з аналогічною дією.*

**5.** Пацієнт 52 років надійшов на судово-психіатричну експертизу після скоєння злочину. Лікарям говорив, що втратив пам'ять, не пам'ятає, що трапилося, де він був, що робив, зараз не може писати, читати. Дані психологічного і неврологічного обстеження патології не виявили. Яке відношення до своєї хвороби у даного хворого?

*А. Симуляція.*

*С. Дисимуляція.*

*Е. Нозофільне.*

*В. Агравация.*

*Д. Утилітарне.*

**6.** Медична сестра, яка працює в кардіології, педантично і скрупульозно виконує лікарські призначення, не проявляє ініціативи, зі хворими сувора, неемоційна, вимагає чіткого і швидкого виконання інструкцій. Визначте тип медичної сестри.

*А. Артистичний.*

*С. Нервовий.*

*Е. Сестра-спеціалістка.*

*В. Практичний.*

*Д. Материнський.*

**7.** Хворий 45 років, якому встановлений діагноз «хронічний ентероколіт», відчуває необґрунтований, нав'язливий страх перед злоякісним новоутворенням, яке він нібито у себе виявив. Хворий нав'язливо звертається до лікаря з питаннями із цього приводу. Яка правильна тактика поведінки лікаря з урахуванням того, що діагноз злоякісного новоутворення виключений за наслідками повного соматичного обстеження?

*А. Ігнорувати питання хворого як необґрунтовані.*

*В. Рекомендувати звернутися до психіатра.*

*С. Терпляче довести хворому необґрунтованість його підозри.*

*Д. Рекомендувати повторно соматичне обстеження.*

*Е. Рекомендувати обстеження в спеціалізованому онкологічному центрі.*

**8.** Молодий чоловік 28 років після лікування в стаціонарі з приводу наслідків дорожньо-транспортної події уникає зустрічей зі знайомими людьми, виїхав з рідного міста і почав жити в місцевості, де раніше жодного разу не був. При яких пошкодженнях можуть спостерігатися подібні дії як наслідок психологічного переживання хвороби?

*А. Черепно-мозкова травма.*

*Д. Шрами на спині.*

*В. Пошкодження внутрішніх органів.*

*Е. Шрами на обличчі.*

*С. Порушення ходи, кульгавість.*

## Література

1. Алексеєнко А. П., Лісовий В. М. Соціально-філософські та етичні проблеми медицини. Харків : Колегіум, 2010. 340 с.
2. Бильченко О. С. Врачебная этика и медицинская деонтология. Харьков, 2005. 197 с.
3. Врачи, пациенты, общество. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : Изд-во «Сфера», 1999.
4. Гиппократ. Этика и общая медицина / под ред. С. Ю. Трохачева ; пер. с древнегреч. В. И. Руднева. Санкт-Петербург : Азбука, 2001. 348 с.
5. Грандо А. А. Врачебная этика и медицинская деонтология. Киев : Высшая школа, 1988. 168 с.
6. Деонтология в медицине в 2 т. / под общ. ред. Б. В. Петровского. Москва, 1988. Т. 1. Общая деонтология. 352 с. Т. 2. Частная деонтология. 416 с.
7. Зильбер А. П. Этика и закон в медицине критических состояний. Петрозаводск : Изд-во Петрозаводского университета. 1998. 360 с.
8. Законодательные основы профессиональной деятельности медицинских работников (сборник официальных документов). Москва, 1995.
9. Ковалёва О. Н., Лесовой В. Н. Биоэтические аспекты клинической практики и научных исследований. Харьков, 2006. 95 с.
10. Ковальова О. М., Вітенко І. С., Лісовий В. М. Біоетика. Харків, 2006. 203 с.
11. Кривоносов М. В., Алексеєнко А. П., Кратенко І. С. Філософські та соціально-екологічні проблеми медицини. Харків, 2002. 215 с.
12. Лихтенштейн Э. И. Помнить о больном. Киев : Высшая школа, 1978. 176 с.
13. Права человека и профессиональная ответственность врача в документах международных организаций. Киев : изд-во «Сфера», 1998. 121 с.
14. Турак Й. А. Этические и правовые основы медицинского вмешательства с точки зрения врача-практика. Ужгород : Закарпатье, 2002.
15. Уголовный Кодекс Украины. Харьков, 2002.
16. Харди И. Врач, сестра, больной: психология работы с больными. Будапешт : изд-во академии наук Венгрии, 1988. 338 с.



## ДОПОВНЕННЯ

### Міжнародні офіційні документи

1. «Клятва Гіппократа» (V IV ст. до н.е.).
2. «Нюрнберзький кодекс» (1947).
3. «Женевська декларація» (1948, 1994).
4. «Міжнародний кодекс медичної етики» (1949).
5. «Гельсінська декларація прав людини» (1964) ВМА (Етичні принципи медичних досліджень за участю людей), 1975 (Токіо), 1983 (Італія), 1989 (Гонконг), 1996 (ПАР), 2000 (Шотландія), 2002 (США).
6. «Лісабонська декларація (права пацієнта)» ВООЗ і ВМА.
7. «Декларація прав людини і питань свободи медичних працівників».
8. «Декларація щодо евтаназії».
9. «Міжнародна декларація про права людини» (1981) ВМА.
10. «Декларація про трансплантологію людських органів» (1987, Мадрид).
11. «Декларація про трансплантологію ембріональної тканини» (1989, Гонконг).
12. «Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів» (1994), Стокгольм, ВМА.
13. «Декларація про політику в області забезпечення прав пацієнтів в Європі» (розділ «Інформація», 1994).
14. «Декларація про розвиток прав пацієнтів в Європі» (1994, Амстердам).
15. Програми генетики людини ВООЗ.
16. «Конвенція про права людини і біомедицину» (1996).
17. «Декларація про геном людини» (1997, ЮНЕСКО).
18. «Декларація про генетичне консультування і генну інженерію» (1987, доповнення 1992).
19. «Конвенція з захисту прав і достоїнства людини у зв'язку з впровадженням досягнень біології і медицини» (1997).
20. Міжнародна Конвенція Генеральної Асамблеї ООН з цивільних і політичних прав (1966).
21. Токійська декларація (1975) – доповнений етичний кодекс медико-біологічних досліджень.
22. Керівництво Міжнародної ради медичних суспільств і ВООЗ «Попередні міжнародні етичні вимоги до біомедичних досліджень за участю людини» (1982).
23. «Керівництво з діяльності Комітетів з етики, що здійснюють експертизу біомедичних досліджень» (2000).
24. «Інспекція і оцінка проведення етичної експертизи» (2002) (№№ 23 і 24 – перші міжнародні документи програми SIDCER – «Стратегічна ініціатива розвитку можливостей етичної експертизи»).

25. Європейська Конвенція з захисту хребетних тварин, що використовуються в експериментальних і інших наукових цілях (Декларація ВМА, 1985).

26. Закон Російської федерації «Права і соціальний захист медичних працівників».

### **Вітчизняні офіційні документи**

1. Конституція України (1996):

Ст. 3. Життя і здоров'я людини – найвища соціальна цінність.

Ст. 27. Право на життя.

Ст. 28. Пошана гідності людини.

Ст. 43. Безпека і здорові умови праці.

Ст. 45. Право на відпочинок.

Ст. 49. Право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування.

Ст. 50. Безпека навколишнього середовища.

Ст. 59. Правовий захист.

2. Закон України «Про охорону здоров'я» (1992).

3. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (1992): ст. 6 – право на охорону здоров'я; ст. 40 – лікарська таємниця; ст. 47 – трансплантація органів та інших анатомічних матеріалів; ст. 48 – штучне запліднення та імплантація ембріона.

30. Закон України «Про інформацію» ст. 46 – неприпустимість зловживання правом на інформацію; 47 – відповідальність за порушення законодавства про інформацію.

31. Закон України «Про трансплантацію органів і інші аналогічні матеріали людини».

32. Закон України «Про попередження захворюваності СНІДом і соціальний захист населення».

33. Закон України «Про донорську кров і її компоненти».

34. Закон України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».

35. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»;

36. «Умови і порядок застосування штучного запліднення і імплантації ембріонів» (наказ МОЗ України № 24 від 4.02.1997).

37. Типове положення про комісії з питань етики (наказ МОЗ України № 281 від 01.11.2000). Доповнення до п. 2.3. «Інформація пацієнтам (добробольцям) про клінічне випробування і отримання від них письмової інформаційної угоди».

38. «Етичний кодекс українського лікаря». 1-й Національний конгрес з біоетики (Київ, 2001), ст. 17.

39. Кримінальний Кодекс України (2002):

- Ст. 115. Умисне вбивство.
- Ст. 119. Вбивство з необережності.
- Ст. 131. Неналежне виконання професійних обов'язків, що призвело зараження ВІЛ та ін. невиліковними захворюваннями.
- Ст. 132. Розголошення відомостей про проведення мед. обстеження з виявленню зараження ВІЛ та ін. невиліковними захворюваннями.
- Ст. 133. Зараження венеричною хворобою.
- Ст. 134. Незаконне проведення абортів.
- Ст. 136. Ненадання допомоги особам, що знаходяться в небезпечному для життя положенні.
- Ст. 137. Неналежне використання обов'язків з охорони життя і здоров'я дітей.
- Ст. 138. Незаконна лікувальна діяльність.
- Ст. 139. Ненадання допомоги хворому медичним працівником.
- Ст. 140. Неналежне виконання професійних обов'язків медичними або фармацевтичними працівниками.
- Ст. 141. Порушення прав пацієнта.
- Ст. 142. Незаконне проведення дослідів над людиною.
- Ст. 143. Порушення порядку трансплантації органів і тканин людини.
- Ст. 144. Насильницьке донорство.
- Ст. 145. Незаконне розголошення лікарської таємниці.
- Ст. 184. Порушення прав на безкоштовну медичну допомогу.
- Ст. 189. Здирство.
- Ст. 314. Незаконне введення в організм наркотичних засобів і психотропних речовин.
- Ст. 319. Незаконна видача рецепту на право придбання наркотичних засобів або психотропних речовин.
- Ст. 325. Порушення правил по боротьбі з епідемією.
- Ст. 326. Порушення правил поведінки з мікробіологічними агентами або токсинами.
- Ст. 364. Зловживання владою, службовим положенням.
- Ст. 365. Перевищення влади або службових повноважень.
- Ст. 366. Службова фальсифікація.
- Ст. 367. Службова халатність.
- Ст. 368. Отримання хабаря.
- Ст. 369. Дача хабаря.
- Ст. 370. Провокація хабаря.
- Ст. 387. Розголошення даних досудового слідства.

## Еталони відповідей

### Тема 1.

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>C</i>	<i>C</i>	<i>Д</i>	<i>B</i>	<i>Д</i>	<i>Д</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
<i>C</i>	<i>C</i>	<i>B</i>	<i>B</i>	<i>Д</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>A</i>

### Тема 2.

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>C</i>	<i>Д</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>C</i>	<i>Д</i>	<i>Д</i>	<i>C</i>	<i>Д</i>

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>

### Тема 3.

#### Еталони відповідей на тестові завдання

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<i>C</i>	<i>B</i>	<i>Д</i>	<i>C</i>	<i>E</i>	<i>E</i>	<i>C</i>	<i>E</i>	<i>B</i>	<i>A</i>

#### Еталони відповідей на ситуаційні задачі

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
<i>B</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>E</i>

*Навчальне видання*

# **ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ**

## **Частина 1**

***Методичні вказівки  
для самостійної роботи студентів  
з курсу за вибором***

Упорядники    Ащеулова Тетяна Вадимівна  
                      Амбросова Тетяна Миколаївна  
                      Герасимчук Ніна Миколаївна

Відповідальний за випуск    Т. В. Ащеулова



Редактор Є. В. Рубцова  
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,3. Зам. № 21-34155.

---

**Редакційно-видавничий відділ  
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022  
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.