

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 5

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 5

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

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 10 від 30.09.2021.

**Харків
ХНМУ
2021**

Деонтологія в медицині. Ч. 5 : 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 12. Деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи

Актуальність теми. Сьогодні організаційну структуру медичної науки становлять різні науково-дослідні організації й колективи вчених з їхньою певною атмосферою наукового й морального клімату. Моральні відносини в таких колективах є досить складною проблемою і не в останню чергу з деонтологічних позицій. Моральний фактор став одним із провідних у розв'язанні проблеми ефективності наукової праці, прискорення наукового прогресу. Зрозуміло, що чим вище можливості медицини, тим більше вимог висувається й до самих медиків. У століття технічного прогресу медицина збагачується новими методами дослідження, але ми повинні пам'ятати, що техніка не повинна бути бар'єром між лікарем і хворим, тому деонтологічні аспекти взаємин у медичних колективах під час виконання лікарської й наукової роботи досить актуальні.

Загальна мета. Забезпечити можливість студентам засвоїти деонтологічні аспекти взаємин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи. Навчити умінню використовувати знання в клінічній практиці.

Конкретні цілі:

1. Демонструвати володіння основними деонтологічними аспектами взаємовідносин в медичних колективах під час виконання лікарської і наукової роботи.
2. Спрямувати отримані знання у вивченні деонтологічних аспектів взаємовідносин в медичних колективах за період виконання ними лікувальної та наукової робіт на досягнення максимальної ефективності лікування.

Теоретичні питання:

1. Поняття про особисту і колективну відповідальність.
2. Вимоги, які висуваються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності.
3. Найважливіші принципи вченого-медика.
4. Вимоги, які висуваються до претендента вченого ступеня при залученні людини як об'єкта дослідження.
5. Правові документи, що регламентують роботу лікаря як ученого.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Надання медичної допомоги є формою прояву:

- А. Привілею для певних верств суспільства.*
- В. Милосердя і соціальної справедливості.*
- С. Економічної зацікавленості професіоналів.*
- Д. Розподіл праці і джерела отримання прибутку.*
- Е. Все перераховане вище.*

2. Ідея справедливості в медицині реалізується у формі:
 - А. Милосердя лікарів.*
 - В. Безоплатної допомоги хворій людині.*
 - С. Високої оплати праці медичних працівників.*
 - Д. Однаково високого рівня медичної допомоги всім людям.*
 - Е. Всього перерахованого.*
3. Участь лікаря в тортурах і тілесних покараннях ув'язнених і використання для цієї мети своїх знань може бути виправдане:
 - А. Інтересами науки, що розвивається.*
 - В. Інтересами співтовариства в отриманні необхідної інформації.*
 - С. Покаранням за скоєні злочини.*
 - Д. Заборонено в будь-яких умовах.*
 - Е. Все перераховане вище.*
4. Визначальним регулятором вирішення лікарем складних етичних проблем у професійній діяльності є все, окрім:
 - А. Міжнародного права.*
 - В. Принципів професійної етики.*
 - С. Національного законодавства.*
 - Д. Традиційної релігійної моралі.*
 - Е. Особистої вигоди.*
5. Втручання в сферу здоров'я людини може здійснюватися на підставі:
 - А. Вільної, усвідомленої і інформованої згоди хворого.*
 - В. Медичних свідчень.*
 - С. Рідкості картини захворювання і його пізнавальної цінності.*
 - Д. Вимоги родичів.*
 - Е. Отримання фінансової вигоди.*
6. При проведенні будь-якого втручання в сферу здоров'я, включаючи втручання з дослідницькою метою, потрібно дотримуватися усього, окрім:
 - А. Міжнародного законодавства.*
 - В. Професійних біомедичних етичних стандартів.*
 - С. Загальнолюдських цінностей.*
 - Д. Корпоративних професійних інтересів.*
 - Е. Економічних інтересів дослідника.*
7. «Конвенція про права людини і біомедицину» (1997 р.) при використанні досягнень біології і медицини оголошує пріоритетними інтереси:
 - А. Благо людської істоти.*
 - В. Суспільства.*
 - С. Науки і наукового прогресу.*
 - Д. Працездатного населення.*
 - Е. Інші.*
8. Поняття «інформована згода» включає все, крім інформації про:
 - А. Мету передбачуваного втручання.*
 - В. Характер передбачуваного втручання.*
 - С. Можливі негативні наслідки.*
 - Д. Ризик, пов'язаний зі втручанням.*
 - Е. Безперечний пріоритет користі втручання порівняно з можливим ризиком.*

9. У якому році на 18-й Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі була прийнята «Рекомендація про статус науковців»?

A. 1974. B. 1984. C. 1994. D. 2004. E. 1964.

10. Основною відмітною ознакою професійної етики лікаря є:

A. Право на відхилення в поведінці.

B. Свідомий вибір моральних принципів і правил поведінки.

C. Кримінальна відповідальність за недотримання професійних етичних норм.

D. Безумовна необхідність підпорядковувати особисті інтереси корпоративним.

E. Пріоритет інтересів медичної науки над інтересами конкретного хворого.

Теоретичний матеріал

Особливого значення набули, 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 й 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. І виникають вони не тільки, наприклад, при захисті дисертації або публікації відкриття або винаходу.

Історія науки показує: від того, наскільки і як ладнають між собою наукові покоління, багато в 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.

Поняття про особисту і колективну відповідальність

Кожен лікар у 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. Особиста відповідальність повинна виходити з постійного прагнення лікаря до поглиблення теоретичних знань і вдосконалення практичних навиків, безперервного підвищення професійної класифікації на основі критичного аналізу своїх спостережень, вивчення помилок, навчання у старших колег

і читання літератури, виховання етико-деонтологічних норм. Об'єктивна, науково обгрунтована, вдумлива оцінка фактів і подій, розуміння лікарем необхідності перш за все з'ясувати їх першопричину і мотиви, а потім вже сформулювати свої міркування і думку – такий логічний шлях, що допомагає схвалити правильне і справедливе рішення.

Вимоги, що висуваються до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності

Якщо в найзагальнішому вигляді говорити про вимоги, що повинні висуватися до лікаря, який прагне присвятити себе науковій діяльності, то вони є такими: *належна загальна і спеціальна підготовка в тій галузі 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, 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 самі 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 його етико-деонтологічні аспекти, поки що висвітлені в літературі відносно мало і не мають достатньо строгої регламентації, що пов'язано 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 більше впливає на сторони суспільних відносин, перетворюючись на могутню соціальну силу. В 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» вчені. Хто ці люди? Що ними рухає? Які їх характерні риси? Чи відповідає уявлення про зовнішність вченого його об'єктивній діяльності?

У художній літературі вчений іноді зображується незвичайним, зайнятим тільки своїми дослідженнями, він не помічає людей і навколишнього світу, в якому живе і працює. Чи варто говорити, наскільки поверхневі подібні уявлення?

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, ясних і логічно строгих аргументах, на перевірці фактів і їх аналізі.

Треба пам'ятати, що об'єктивність наукової позиції, відчужуючи суб'єктивне, забезпечує загальнолюдську значущість висновків науки. Недостатньо послідовне дотримання вимоги наукової діяльності або, тим більше, прямі відступи від нього абсолютно недопустимі, тим паче, якщо ці відступи допускають видатні вчені. Відмітимо, що готовність до критичного перегляду здобутого знання, тієї або іншої теорії, прагнення сприймати найнесподіваніші явища, які можуть відкритися в тому, що відбувається, є цінною межею справжньої науки і додає їй якості революційності. Вимога критичності належить науці як внутрішня умова її розвитку.

Етична норма доказовості спонукає вченого бути вимогливим до себе, самокритичним. З цієї вимоги доказовості витікає інше – *пошана до опонента (або опонентів)*. Якщо думка опонента доведена, вчений 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 з сучасних наукових позицій, не вдаючись до чужих природі науки засобів, скажемо просто – до посилання на наукові авторитети.

Вчений, особливо початківець, повинен багато і вдумливо читати, глибоко вивчати 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 за 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 та ін. 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 можливість 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 будь-яка інша наука, тісно пов'язана з іншими галузями 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 будь-яка 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 викладеним вище виникає новий аспект деонтології, що розглядає міру відповідальності вчених, що займаються розробками математичних моделей захворювань і визначають спільно з лікарем методи лікування.

З одного боку, всю відповідальність за лікування хворого несе лікар: він зрештою призначає ліки, виносить ухвалу про необхідність операції, про застосування 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, у математичній же теорії він не може розбиратися професійно. Крім знання свого предмета, вчений повинен розбиратися і в медицині, оскільки не маючи ані найменшого уявлення про захворювання не можна робити висновки про його перебіг.

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 відповідальності вченого, який займається такою серйозною справою, як застосування математичних методів у медицині, навпаки, пам'ятаючи про тих, кому він може допомогти, вчений повинен з більшою завзятістю прагнути досягти поставленої мети.

Вимоги, що висуваються до претендента на вчений ступінь при залученні людини як об'єкта дослідження

При плануванні науково-дослідних клінічних робіт із залученням людини як об'єкта дослідження претендент на вчений ступінь повинен строго керуватися нормативною і регламентуючою документацією МОЗ України, а також отримати письмову інформовану згоду осіб, які беруть участь у біомедичному дослідженні, або їх законних представників і схвалення на проведеному дослідженні незалежного локального етичного комітету.

Процедура етичної експертизи дисертаційних робіт виконується на наступних етапах: перед затвердженням теми на вченій раді та перед захистом дисертації.

Перелік необхідних документів:

1. Анотація дисертації.
2. Протокол дослідження.
3. Коротка анотація на використуванні лікарські препарати.
4. Форма інформованої згоди й інформації для пацієнта.
5. Професійні автобіографії дослідника і його наукового керівника.

Процедура роботи етичного комітету з розгляду дисертаційної роботи регламентує:

- вибір експерта з членів *комітетів з етики (КЕ)*;
- надання експертом висновку; при необхідності – направлення дисертаційної роботи незалежному експертові з подальшим обговоренням експертного висновку в КЕ;
- ухвалення рішення КЕ;
- видача виписки з протоколу засідання КЕ дисертантові.

Наука сама по собі не може забезпечити нас етикою. Вона лише може показати, як досягти певної мети, яку мету на сьогодні досягти не можливо. Проте сам учений може визначити доцільність і корисність своєї роботи, користуючись не тільки науковими аргументами і роздумами, але і моральними принципами, і пам'ятати, що не кожна мета виправдовує способи її досягнення.

Правові документи, що регламентують науково-дослідну діяльність лікаря

У сучасних умовах, як ніколи раніше, значно виросла необхідність «етизації» суспільства, а вчений обов'язково повинен бути моральною особою. Тому на 18-й Генеральній асамблеї ЮНЕСКО в Парижі 20 жовтня 1974 р. 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. Нам необхідно не тільки подолати ті негативні наслідки, які були властиві попередньому суспільному устрою, але і активно протистояти аморальності, ідеології насильства і споживчої ідеології, що, на жаль, культивується в багатьох сучасних засобах масової інформації, і допомогти прогресивному розвитку країн в нових умовах життя. Вимоги до моральних обов'язків ученого сформульовані в статті 5 закону України, що діє: «*Про наукову і науково-технічну діяльність*».

Велика увага проблемам етики приділяється в спільній роботі медиків і біологів України. Крім того, Центр досліджень науково-технічного потенціалу і історії науки ім. Г. М. Доброва НАН України і громадська організація «Українська федерація учених» винесли на обговорення проект

кодексу наукової етики, в якому зроблена спроба узагальнити суспільний досвід і практику дозволу етичних проблем в науці. У колах учених циркулюють і інші проекти, а у Львові виданий переклад «Кодексу честі ученого», розробленого Етичним комітетом Польської академії наук. Наше наукове суспільство визначає гостроту цих проблем для України.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. В ході операції у пацієнта взяли шматок тканини, з якого згодом витягли клітини і виростили культуру, на якій проводилася експериментальна робота. Який принцип біомедичної етики був порушений, коли без згоди пацієнта використовувалися клітини, що містять його генетичний код?

- А. Інформованої згоди. С. Милосердя. Е. Справедливості.
В. Конфіденційності. Д. Правдивості.*

2. Ординаторові було доручено обробити досить великий матеріал з дослідницької роботи, після чого висновки припускали опублікувати в статті. Коли справа дійшла до складу авторів цієї статті, то ординатора туди не включили. Яким принципом повинні керуватися наукові співробітники у взаєминах начальник–підлеглий при проведенні біомедичних досліджень?

- А. Інформованої згоди. С. Милосердя. Е. Справедливості.
В. Конфіденційності. Д. Правдивості.*

3. Хворий з важким невиліковним захворюванням отримує пропозицію брати участь у сліпому дослідженні, яке контролюється плацебо. Принципово новий лікарський засіб, ймовірно, може радикально поліпшити його самопочуття, але всі властивості і ефекти дії цих ліків невідомі. Хто і що визначає рішення питання про участь у дослідженні?

- А. Інформована згода.
В. Конфіденційність + правдивість.
С. Справедливість + милосердя.
Д. Милосердя + справедливість.
Е. Інформована згода + правдивість.*

4. На базі дитячого інфекційного відділення фармацевтична фірма, співпрацюючи із завідувачем відділення, проводить клінічне дослідження нового противірусного препарату. У дане дослідження входить призначення препарату за схемою, двократний забір крові з периферичних вен на визначення Ig M і G, імунного статусу дитини до і після прийому препарату. Лікарі відділення пояснюють матерям факт узяття крові у дітей, як необхідність контролю динаміки перебігу захворювання, а не проведенням клінічного дослідження препарату. Яке правило біомедичної етики було порушене?

- А. Конфіденційності. Д. Інформованої згоди + правдивості.
В. Милосердя. Е. Інформованої згоди.
С. Правдивості.*

5. Доцент хірургічної кафедри на обході в реанімаційному відділенні на питання пацієнта, який тільки опам'ятався після великої операції, про терміни перебування в реанімації лаконічно відповів: «До кінця!» Виходячи з якого принципу лікар не повинен був відповідати так, а був зобов'язаний детально роз'яснити хворому, що терміни перебування в реанімації визначаються тільки самопочуттям хворого і що приводів турбуватися немає?

А. Інформованої згоди.

Д. Справедливості + милосердя.

В. Конфіденційності.

Е. Милосердя + справедливості.

С. Милосердя.

6. Лікар акушер-гінеколог, працюючи у фармацевтичній фірмі і отримуючи 20 % вартості препарату у разі його продажу, призначає дорогий полівітамінний комплекс всім вагітним на своїй ділянці. При цьому «забуває» розповісти про можливі побічні ефекти, такі, як часті алергічні реакції різного ступеня тяжкості і раннє закриття великого тім'ячка у дитини, а також про можливі дешевші, але не менш ефективні аналоги. Які морально-етичні принципи порушує лікар?

А. Інформованої згоди.

В. Конфіденційності + правдивості.

С. Справедливості + милосердя.

Д. Милосердя + справедливості.

Е. Інформованої згоди + правдивості.

7. Іноді лікарі відмовляють пацієнтам у проханні роз'яснити суть тієї або іншої діагностичної процедури або лікарської терапії, посилаючись на те, що пацієнт нічого не зрозуміє, не маючи медичної освіти. Який принцип біомедичної етики порушують лікарі?

А. Інформованої згоди.

С. Милосердя.

Е. Справедливості.

В. Конфіденційності.

Д. Правдивості.

Тема 13. Основні деонтологічні підходи в онкології, психіатрії, геронтології

Актуальність теми. Спеціалізація та інтеграція медичної допомоги, оснащення великих комплексів сучасною технікою, висока кваліфікація і виховання медичного персоналу – все це дає хороші результати в лікуванні, забезпечує його велику ефективність. Однак, з одного боку, нові засоби діагностики і лікування, а з іншого – вузька спеціалізація і техніфікація медицини при недотриманні правил деонтології можуть викликати певну схильність до технізації, ніби поставити перешкоду між лікарем (математиком) і хворим. Це нерідко заважає психологічному контакту, надзвичайно необхідному в лікарській діяльності. Часом за лабораторно-інструментальними даними лікар не бачить особистості хворого, стає ніби бездушним «диспетчером», що направляє пацієнта від машини (приладу) до машини, а далі – консультантам. З його поля діяльності випадає підхід до хворого як до єдиного організму, до питань психотерапії, і, сам того не

бажаючи, він може стати джерелом важких переживань хворого. Лікар завжди повинен контролювати свою поведінку і свої дії за принципом «психології зворотного зв'язку» і за найменшими реакціями хворого зобов'язаний швидко оцінювати і правильно коригувати їх. Знання основних деонтологічних підходів в онкології, психіатрії та геронтології на даний момент є актуальним.

Загальна мета. Забезпечити можливість студентів засвоїти теоретичні аспекти основних деонтологічних підходів в онкології, психіатрії і геронтології. Уміти використовувати знання в клінічній практиці.

Конкретні цілі:

1. Демонструвати володіння основними деонтологічними підходами в онкології, психіатрії та геронтології.
2. Направити знання деонтологічних підходів в онкології, психіатрії та геронтології на досягнення максимальної ефективності лікування.

Теоретичні питання:

1. Етичні проблеми в онкології.
2. Етичні проблеми в геронтології.
3. У чому моральний сенс ідеї захисту цивільних прав психічно хворих?
4. Які етичні небезпеки містить в собі втручання в психіку людини?
5. У чому полягає сенс сучасних етичних проблем в наркології?
6. Основні деонтологічні підходи в психіатрії.
7. Етичні проблеми в сучасній психотерапії.
8. Етичні проблеми в наркології.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. До етичних принципів при проведенні клінічних досліджень не відноситься:
А. Відсутність права випробуваного припинити участь в експерименті.
В. Усвідомлена добровільна згода об'єкта дослідження.
С. Дотримання принципу справедливості.
Д. Оцінка співвідношення ризик/користь.
Е. Висока кваліфікація дослідника.
2. Біоеквівалентність – це:
А. Відповідність генериків оригінальним препаратам.
В. Невідповідність доз тих самих препаратів різних виробників.
С. Швидкість накопичення препарату в місці дії, що передбачається.
Д. Швидкість всмоктування лікарського препарату в організмі.
Е. Зміна ефективності і безпеки генериків.
3. Кокранівська електронна бібліотека містить дані про наступне:
А. Результати досліджень з усіх дисциплін і спеціальностей.
В. Нові лікарські препарати.
С. Сучасні медичні технології.
Д. Нове медичне устаткування.
Е. Все перераховане вище.

4. Які симптоматичні зміни в психічній сфері були виявлені у онкологічних хворих після радикального лікування?

- A. Тривожно-депресивні.
- B. Тривожно-іпохондричні.
- C. Астено-депресивні.
- D. Дисфоричні.
- E. Всі перераховані вище.

5. Психологія – це:

- A. Наука, що вивчає поведінку людини.
- B. Наука про закономірності виникнення, розвитку і прояву психіки.
- C. Галузь науки, що вивчає рівень інтелектуального розвитку людини.
- D. Наука, направлена на опрацювання адекватних методів лікування психічно хворих.
- E. Все перераховане вище.

6. Медична психологія пов'язана зі спеціальностями:

- A. Педіатрія.
- B. Акушерство і гінекологія.
- C. Хірургія.
- D. Психіатрія.
- E. Все перераховане вище.

7. Метод спостереження за хворими:

- A. Активне втручання психолога в спостереження за хворими.
- B. Відстеження змін, що відбуваються.
- C. Взаємодія з обстежуваним.
- D. Відносно повний контроль за подіями.
- E. Жодне не підходить.

8. Яка властивість особи обумовлена біологічно?

- A. Темперамент.
- B. Спрямованість.
- C. Навики.
- D. Знання.
- E. Духовні потреби.

9. Чим займається геронтологія як медична дисципліна?

- A. Особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб літнього віку.
- B. Особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб молодого віку.
- C. Особливостями діагностики хвороб у осіб молодого віку.
- D. Особливостями профілактики хвороб у осіб літнього віку.
- E. Нічим з перерахованого вище.

10. Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі лікаря з наркологічними пацієнтами, є:

- A. Песимізм.
- B. Моралізаторство.
- C. Створювання стереотипів.
- D. Зневага.
- E. Все перераховане.

Теоретичний матеріал

1. Етичні проблеми в онкології мають особливе значення, оскільки злоякісна пухлина робить дуже сильний психотравмуючий вплив на стан людини. У більшості пацієнтів з'являється пригніченість, відчуття страху, безвихідності, невіра в успіх лікування.

Злоякісні захворювання турбують всіх. Декілька десятків років назад населення сільських і віддалених районів не знало подробиць про них. Слово "рак" не викликало важких переживань. Культурний рівень тепер високий. Всі знають про це захворювання і, на жаль, перебільшують його небезпеку. Тепер побоюватися травмуючого впливу діагнозу треба у всіх. Різниця лише в силі і тривалості травмуючого впливу, в характері реакції у відповідь. У одних ця реакція виражена різко і видна в стривожених і переляканих очах. У інших не помітно ніякої реакції в зовнішньому прояві внаслідок уміння володіти собою, внаслідок сильного урівноваженого типу вищої нервової діяльності.

В. А. Ромасенко й К. А. Скворцов у своїй монографії приводять витяг зі щоденника педагога М., хворої на рак молочної залози: "...випадково знайшла на грудях досить велику пухлину і відразу з'явилася якась упевнена думка – це рак. Цю ніч я не спала. Це навіть не був страх, а якийсь тупий сильний біль в голові, пригноблення, розгубленість і питання невідомо до кого: чому мені це і це? За що? П'ять днів я пролежала як уві сні, оглушена".

Інженер В., 66 років, ветеран війни, керівник великої установи з, поза сумнівом, сильним і урівноваженим темпераментом, здавалося, що спокійно переніс діагноз і важке радіохірургічне лікування з приводу раку язика, опісля трьох років після лікування розповів, як він переніс перші дні захворювання, які думки і відчуття володіли ним. Ось його розповідь: «Знімаючи зубний протез, випадково пальцем зачепив якесь ущільнення язика. Довго розглядав в дзеркало – нічого не виявив, а під пальцем абсолютно виразно відчуваю твердість краю язика. Вирішив звернутися до лікаря. Цієї ночі – важкий сон. Відчуваю, як наяву: язик у роті росте, росте, вже не помічається у роті, душить мене. У голову хтось вселяє: рак, рак, рак. Прокінувся в поту. Обмацав язик. Нічого немає. Через тиждень, виступаючи на нараді, відчув щось недобре з язиком. Незручно повернув і відчув – в ньому пухлина. З цього дня почав часто оглядати і обмацувати язик, носити з собою люстерко. Переконався – пухлина є, вона навіть збільшується. Щодня вирішував піти до лікаря, але кожного разу відкладав. Внутрішньо був чомусь упевнений – це рак. Порятунку немає, мені кінець і болісний».

Медичні працівники і близькі повинні орієнтуватися в особливостях психіки онкологічного хворого. Під зовнішньою оболонкою спокійної урівноваженої людини може ховатися і його внутрішня заклопотаність, настороженість або розгубленість.

Потребують уваги і розуміння не тільки ті, хто щойно захворіли і проходять обстеження. У ньому мають потребу і ті, хто закінчили радикальне лікування з III клінічної групи. Вони практично здорові фізично. Стан же нервової системи і психіки їх має ряд особливостей. Вони пережили тривогу захворювання, побоювання можливого діагнозу, госпіталізацію в онкологічному стаціонарі. Перенесли важке оперативне втручання, променеве або комплексне лікування. Їх турбує питання про стійкість лікування (чи надовго?), перспектива майбутньої інвалідності, зміни соціального і сімейного положення.

М. М. Симонов і О. В. Гнезділов вивчали 195 хворих, що закінчили радикальне лікування в онкологічному інституті. У всіх досліджуваних хворих були виявлені зміни психічної сфери у вигляді тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного, дисфоричного, астено-депресивного симптомів. Особливо виражені зміни в психічному статусі хворих, які пройшли операції екстерпації гортані, прямої кишки, ампутації кінцівки, тотального видалення шлунка і у молодих жінок після ампутації молочної залози, інтенсивної гормональної терапії.

Перевірка стану вилікуваних кожні 3 міс (у перші роки після лікування, а в подальші роки – рідше) пов'язана завжди з важкими переживаннями і страхом можливого виявлення рецидиву або метастазу. У перші роки після радикального лікування всіх хворих дійсно турбує небезпека рецидиву і метастазу. Вони – постійні слухачі лекцій про рак, читачі онкологічної популярної і часто спеціальної літератури. Виявляють цікавість до всіляких народних «протиракових» засобів і дієт. Багато хто зберігає зв'язок із сусідами по палаті або з хворими на подібні захворювання, стежать за їх станом, важко переживають їх невдачі. З часом, коли небезпека рецидиву і метастазу все більш віддаляється і потім зникає зовсім, у хворих з'являється думка, чи не стали вони жертвою профілактики, надмірної лікарської пильності і перестраховки. Вони часто конфліктують з працівниками онкоклінік, негативно діють на нових хворих.

«Враховуючи особливості спілкування з онкологічними хворими відносно інформації про хворобу, необхідна злагоджена робота колективу онкологічних установ, що виключає можливість неправильних розмов із хворими з боку середнього медичного персоналу або лікарів, що безпосередньо не лікують даного хворого», – вважає один із провідних радянських онкологів академік М. М. Блохін. У зв'язку з цим слід нагадати, що медичні сестри і фельдшери дільничних поліклінік, станцій швидкої і невідкладної допомоги й інших «неонкологічних» установ повинні знати і виконувати тактику «психологічного шанування» пацієнта з раковою пухлиною. Особливого такту і уміння вимагає від медичних сестер догляд за неоперабельними хворими з поширеними пухлинними процесами. Інтенсивне комплексне лікування повинне проводитися до останніх днів життя хворого, бо, як справедливо відзначає Г. І. Царегородцев (1968), «одна і та ж хвороблива ситуація в різний час може з безнадійної перетворитися на контрольовану, в ту, що піддається якщо не лікуванню, то деякій стабілізації».

Принципи взаємовідносин з онкологічними хворими

1. При роботі з таким хворим лікар зобов'язаний бути особливо тактовним, уважним, повинен підтримати його, підготувати до майбутнього лікування, вселити оптимізм і віру в благополучний результат. В той же час не можна приховувати серйозність захворювання, складність і тривалість майбутнього лікування, необхідність швидкого початку спеціального лікування.

2. Існують різні підходи до доцільності повідомлення хворому діагнозу злоякісного новоутворення – від нерозголошення діагнозу до вичерпної інформації про хворобу і прогноз захворювання. У будь-якому випадку повинне вирішуватися питання про *раціональне інформування* пацієнта, при цьому необхідно враховувати індивідуальні психологічні особливості, рівень інтелектуального розвитку, відношення до хвороби, здібність адаптації до негативної інформації, а також стадію захворювання. Принцип роботи з такими хворими: ніколи не одурювати, в той же час уникати бездумної відвертості. Правда повинна бути дозованою, такою, що поступово доводиться до пацієнта, щоб у нього був час на адаптацію до свого діагнозу. Лікар при цьому повинен відчувати, наскільки хворий хоче далеко зайти в усвідомленні істини. Не варто давати інформації більше, ніж вимагається пацієнтові.

3. Особливого відношення вимагають безнадійні хворі. При поширених формах пухлин проводяться активні лікувальні заходи, що полегшують стан хворого, підтримують максимально можливий рівень якості життя. Це досягається за допомогою медикаментозних засобів і спеціальних методів лікування (променева терапія, паліативні операції). При цьому не можна малювати райдужні перспективи, але не можна і позбавляти хворого надії на позитивні зрушення, визначивши при цьому найближчу мету. При депресивному стані у таких хворих необхідно широко використовувати психофармакологічні препарати.

2. Етичні проблеми в геронтології. Геронтологія – медична дисципліна, що займається особливостями діагностики, лікування і профілактики хвороб у осіб літнього віку. Актуальність проблем геронтології обумовлена тим, що в літньому віці порівняно з іншим віком найбільш поширені майже всі захворювання. Більшість з них не піддається радикальному лікуванню, і ефект лікування полягає тільки в продовженні життя і збереженні його якості. Основними групами захворювань літнього віку є такі:

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

Існує ряд етичних проблем в геронтології.

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

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

3. Серйозною проблемою в геронтології є раціонування – проблема справедливого розподілу ресурсів на лікування різних захворювань і груп хворих. В умовах дефіциту ресурсів немолоді пацієнти знаходяться в не-

вигідній ситуації, оскільки з утилітарної точки зору «вигідно» лікувати працездатних молодих хворих. Прихованими формами дискримінації немолодих пацієнтів є відмова їм в госпіталізації і призначенні дорогих методів лікування.

3. Етичні проблеми сучасної психіатрії

Які етичні небезпеки містить в собі втручання в психіку людини?

Основні етичні небезпеки тут – можливість суб'єктивного, довільного підходу до вибору об'єкта і методів лікування, а також небезпека розширення галузі застосування психохірургічних і психотропних маніпуляцій. Показанням до них може стати не тільки хвороба, але і злочинна поведінка, «синдром гіперреагування» (навіженство, неслухняність, нестійка поведінка у дітей), масові виступи і спалахи непокори, що діагностується як «захворювання мозку». В результаті нейрохірургічних операцій з «модифікації поведінки особливо небезпечних осіб» (як злочинців, так і борців за цивільні права) відбуваються радикальні зміни свідомості і поведінки людини, що перетворюється на керовану маріонетку. Сьогодні обговорюється можливість проведення подібних операцій не тільки з метою виправлення поведінки, але і з превентивною метою (наприклад, «електронна система попередження злочинів» Мейєра). Застосування подібного хірургічного (або іншого психотропного) втручання має не лікувальний, а маніпулятивний характер. Тому багато фахівців у галузі психіатрії пропонують накласти мораторій на окремі напрями психохірургічних досліджень, зокрема, на операції з лоботомії, що змінюють структуру особи і продукують в ній агресивність, печаль, страх, а також на метод імплантації в мозок людини електродів, що надають стимулюючу, таку, що пригнічує, вимикаючу дію на емоційно-психічну діяльність людини.

Біотехнології, пов'язані з успіхами в нейрофізіології і мікрохірургії мозку, як і в галузі психіатрії в цілому, ховають в своєму застосуванні певні небезпеки, бо часто їх кінцевий результат є не просто корекція і модифікація поведінки, а радикальні зміни суті людської особи. До таких небезпек відносяться:

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

У чому етичний сенс ідеї захисту цивільних прав психічно хворих?

Формування гуманного відношення суспільства до психічно хворих людей почалося в 1793 р., коли вперше з них зняли ланцюги, піднявши їх тим самим до гідності хворих. Проте застосування таких засобів, як «гамівна сорочка», тимчасова ізоляція допускалося до середини XIX ст. Примусова госпіталізація психічно хворих вважалася нормою, що спирається на етичні традиції медичної професії і етичні відчуття милосердя, гуманності, відповідальності.

У 50-і роки XX ст. в західних країнах починається «криза психіатричних лікарень» – рух, що пропонує розширення лікування психічних хворих без ізоляції від суспільства. Починаючи з 60-х років у західній психіатрії активно проводиться *деінституціалізація лікування* психічно хворих – відмова від необхідності їх госпіталізації, оскільки госпіталізація в лікарню обернулася для багатьох з них багаторічним ув'язненням. Наголошувалися й інші негативні сторони госпіталізації: втрата пацієнтами соціальної активності, розрив соціальних зв'язків, емоційна ізоляція і т.д. У США рух за «психіатрію без лікарняного ліжка» привів до масового закриття державних психіатричних клінік і розвитку («м'якших») форм психіатричної допомоги (часткова госпіталізація, психіатричне обслуговування в лікарнях загального типу і тому подібне). Виникає рух «антипсихіатрів», що стверджував, що психічних хвороб, як і психічно хворих, немає, що психіатричний діагноз – це соціальний «ярлик», що психіатрія не наука, а психіатри – не лікарі. «Антигоспітальний» і «антипсихіатричний» рухи привели до революційних змін: виникає **ідея захисту цивільних прав психічно хворих**, що пред'являє особливі вимоги до *етико-правових аспектів психіатрії*. Моральний і правовий оцінці і регуляції почали підлягати соціальне відчуження, невинуваті обмеження прав, презирливе або зневажливе відношення, інші форми приниження людської гідності психічно хворих. Однією з головних проблем при наданні психіатричної допомоги стає *проблема недобровільності лікування*. Ще один етичний аспект психіатрії пов'язаний з *методами*, вживаними в стаціонарах, а саме з надмірним застосуванням сильнодіючих психотропних засобів, що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих *від надмірного лікування*. Нарешті, предметом особливої турботи біомедичної етики є питання про дотримання принципу «інформованої згоди», який набуває в психіатрії специфічних аспектів. Вирішення всіх цих проблем і складає сенс *захисту і гарантій цивільних прав* осіб, які страждають на психічні розлади.

Основні деонтологічні підходи в психіатрії

1. Психіатрія порівняно з іншими галузями медицини є найбільш *соціально орієнтованою спеціальністю*. Вона часто має справу з хворими з соціально деформованою, асоціальною і антисоціальною поведінкою.

2. Багато етичних проблем психіатрії породжуються її традиційною пристрасною до так званого *лінійного принципу*, згідно з яким кожна психіатрична хвороба має єдині причини, прояви, перебіг, результат. Така «жорсткість» у постановці клінічного діагнозу не враховує неповторювані не тільки фізичні і духовні властивості індивідів, але і прояви і перебіг хвороби у окремих хворих. Складність об'єкту ставить сучасну психіатрію перед необхідністю включати в її аргументаційну систему *гнучкість* і *варіативність* у постановці діагнозу. При такому підході поняття хвороби буде *імовірнісним*, а її перебіг у деяких випадках – принципово непередбачуваним. Актуальним стане поняття *свободи волі*, зміняться думки про *норму* і *патологію*, межі між ними. Орієнтація на конкретну людину допоможе уникнути «*етичних перекосів*» («гіпердіагностика» або «презупція хвороби»).

3. Питання про *модель відносин* в психіатрії ускладнюється відмінностями хворих за глибиною і ступенем вираження психічних порушень, інтелектуальним рівнем, збереженням критики, можливістю розуміти значення своїх дій і контролювати їх, здібністю до волевиявлення, виразом і захистом своїх інтересів. На одному полюсі – хронічно хворі, не критичні до свого стану, залежні від інших, несамостійні у виборі рішень і дій, які можуть заподіяти шкоду собі або оточуючим, на іншому – автономні особи з нерідко вираженими, ситуаційно обумовленими граничними психічними порушеннями. Тому залежно від місця пацієнта в психіатрії може застосовуватися патерналістська або автономні моделі відносин. Професійна діяльність психіатра (встановлення діагнозу, постановка на облік, заборона на певні види діяльності, госпіталізація) накладає на нього серйозну соціальну і етичну відповідальність.

4. Істотна відмінність психіатрії і наркології – можливість/необхідність застосування до хворих прямого або непрямого *примушення* (*ослаблений патерналізм*). Сьогодні госпіталізація хворого за рішенням лікаря-психіатра без згоди його або родичів проводиться тільки в тому випадку, якщо хворий являє безпосередню небезпеку для себе або оточуючих. Разом з тим в психіатрії добровільність лікування і право хворого на відмову від нього містить серйозні суперечності. З одного боку, це право і тут є загальноновизнаною етико-гуманістичною цінністю і юридичною нормою, відповідною міжнародним стандартам. З іншого – застосування цієї норми при наданні психіатричної допомоги робить актуальною проблему *небезпеки*, яку можуть становити деякі психічно хворі для себе і оточуючих. Пріоритетом тут повинно бути надання медичної допомоги пацієнтам (з дотриманням їх цивільних прав) і лише потім – ізоляція тих хворих, які становлять небезпеку.

5. Потребують етичного контролю *методи*, вживані в психіатричних стаціонарах. У психіатрії спочатку як терапевтичні засоби застосовувалось «лікування жорстоке, іноді смертоносне» – масивні кровопускання, сильні душі, холодні ванни і т. д. З 30-х років ХХ ст. почали широко застосову-

ватися шоків методи лікування, що викликали серйозні ускладнення. У сучасних умовах, відмовившись від подібних методів, стаціонари все ще застосовують для деяких хворих великі дози наркотичних засобів, сильнотропічних психотропних препаратів («хімічне утруднення»), що нерідко приводить до серйозних ятрогенних ускладнень. Виникає проблема захисту хворих від надмірного лікування. Цим обумовлено суворіше етичне регулювання діяльності психіатрів, ніж лікарів інших спеціальностей.

Одним зі способів такої регуляції є *етичний кодекс професійної поведінки психіатрів*, який регулює характер і межі відносин між психіатром і пацієнтом, його родичами, засобами масової інформації, суспільством.

Медична психологія – один зі складових елементів професіоналізму лікаря, який повсякденно має справу з конкретними і різними за своїми психічними реакціями хворими, до кожного з яких потрібен індивідуальний підхід з урахуванням його психологічних особливостей, соціально і індивідуально обумовлених поведінкових і ідеологічних стереотипів, що вимагає від лікаря глибокого засвоєння *практичної і соціальної психології*.

Психіатр ще повинен володіти вмінням проникнути в психологічну суть хворого, якому він надає допомогу. Знання душі хворої людини – це уміння бачити його наче зсередини. Психіатри завжди прагнули до цього – свідомо і не свідомо. **Саме необхідність знання психології, «душі» хворого для того, щоб надати йому лікувальну допомогу, відрізняє взаємини психіатра зі своїми пацієнтами.** Це знання повинне бути і глибоким, і тривалим. Мабуть, такі взаємини лікаря і хворого в інших медичних дисциплінах, навіть у клініці внутрішніх хвороб, зазвичай не встановлюються. Уміння осягнути чужу психологічну суть складає особливі труднощі. І далеко не всім психіатрам таке уміння дається достатньою, не кажучи вже повною мірою. Не випадково говорять, що «чужа душа – темний ліс». А у психічно хворих цей ліс темніший і в результаті змін особистості, і в результаті продуктивних розладів, що утрудняють спілкування.

4. Етичні проблеми в сучасній психотерапії

Психотерапія – методика лікування нервово-психічних розладів, однією з теоретичних підстав якої виступають, зокрема, *психоаналітична концепція* З. Фрейда і його вчення про *несвідоме* і можливості його «переведення» в усвідомлене. Ним же запропоновані принципи проведення психотерапії і перші рекомендації з етики поведінки відносно пацієнтів. Важливі умови етики психотерапії – відповідальність, зваженість думок і чесність психотерапевта. На відміну від психіатрії і наркології, де використовується термін *пацієнт*, що має на увазі патерналізм фахівця, в психотерапії використовується термін *клієнт*, вказуючи на автономність особи. Психотерапевт укладає з клієнтом контракт, в якому психотерапевтичні відносини визначаються як обопільне прагнення, а професійні знання і навички психотерапевта – як засіб встановлення розуміння свідомих і несвідомих мотивів поведінки клієнта на користь вирішення його проблем.

Основні етичні принципи і правила психотерапії

1. *Пошана до цінностей і переконань клієнта*; психотерапевтичні відносини між клієнтом і психотерапевтом ґрунтуються на *довірі* і *інформованій згоді*. Психотерапевт повинен добре усвідомлювати власні установки і з повагою відноситися до особистих переконань клієнтів; тому психотерапевти стверджують, що вони не дають порад клієнтам.

2. Принцип *конфіденційності* гарантує, що зміст бесід з психотерапевтом не може бути будь-кому повідомлений без згоди клієнта. Неетично також використання психотерапевтом інформації і можливостей клієнта з особистою вигодою.

3. Відносини між психотерапевтом і клієнтом обмежені професійними рамками, що роблять неможливими особисті відносини, тобто будь-які інші, в т.ч. інтимні, взаємини між ними. З цієї ж причини психотерапія не проводиться з родичами, знайомими, друзями.

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

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

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

5. Етичні проблеми в наркології

Наркологія – розділ психіатрії, тому в цій галузі діють ті ж норми, що і в психіатричній етиці. Наркологія займається діагностикою, лікуванням і профілактикою хвороб, що виявляються в пристрасі до постійного прийому в зростаючих кількостях наркотичних лікарських засобів і речовин унаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них з розвитком абстиненції при припиненні їх прийому. Це породжує у наркологічних хворих безліч соціальних проблем, пов'язаних із деградацією особистості: втрачається здатність до нормального спілкування з колегами по роботі, порушуються взаємини в сім'ї, втрачається кваліфікація, здійснюються правопорушення, за чим йде судимість, втрата роботи, бездіяльність, невміння розпоряджатися своїм часом, фінансами тощо.

В результаті громадська думка і навіть деякі медики вважають хворих на алкоголізм і наркоманію аморальними, безвольними, гріховними і невиліковними. Проблемою стає «етичний нігілізм» відносно наркологічних хворих, яким часто відмовляють у праві бути суб'єктами етичних відносин, а замість професійної етичної норми керуються поняттям доцільності в довільному, суб'єктивному трактуванні. Таке негативне відношення перешкоджає продуктивній роботі з цими людьми, відбивається на них самих: такі пацієнти часто схильні «випадати» з лікувального процесу, їх хвороба може давати рецидиви. Це приводить до переконання, що всі люди, які зловживають алкоголем або наркотиками, мають поганий прогноз в плані одужання, що, у свою чергу, перешкоджає розвитку системи адекватної допомоги і терапії. Основними «бар'єрами», що перешкоджають роботі з наркологічними пацієнтами, є таке:

– *песимізм* – переконання, що лікування людей, залежно хворих – справа безнадійна;

– *моралізаторство* – споживання психоактивних речовин розглядається як вада, їх прийом – як ганебний акт, а люди, що вживають їх – як аморальні;

– *створення стереотипів* – вважається, що зловживання алкоголем або психоактивними речовинами властиве якимсь верствам населення більше, ніж іншим;

– *зневага*, заперечення того факту, що алкогольні й інші наркотичні залежності – це хвороба, що потребує лікування, при цьому зазвичай ігнорується і те, що більшість хвороб (за винятком суто спадкових або вроджених) є значною мірою результатом такої поведінки людини, як необережність або ризик, легковажність або свідомо відмова додержуватись рекомендацій про здоровий спосіб життя.

У чому полягає сенс сучасних етичних проблем в наркології?

У сучасній **наркології як специфічній галузі психіатрії** вимога сприймати хворого як *особу*, яка володіє індивідуальністю і гідністю, особливо актуально. Пацієнти, які страждають на наркоманію або алкоголізм, переживають дезорганізацію соціального життя, що викликається хворобою, гостріше, ніж навіть порушення функцій організму. Тому сучасні принципи лікування цих хворих значною мірою орієнтовані на мобілізацію і активацію резервів хворого, в першу чергу, на морально-психологічні можливості його особистості. Зазвичай хворі даного профілю не усвідомлюють всієї тяжкості своєї хвороби, прагнуть виключити себе з лікувального процесу, цілком покладаючись на дії медичного персоналу. У зв'язку з цим зростають вимоги до персоналу наркологічних установ, який повинен послідовно проводити реабілітаційні заходи хворих, незважаючи на деякий опір з їх боку, і який у свою чергу повинен навчитися подолати упередження відносно цих хворих і самої хвороби. Основною моральною установкою в наркології повинна бути ідея, що людина, яка зловживає

психоактивними речовинами, така ж людина, як всі, тільки потрапила в біду. Він готовий відгукнутися навіть на невеликі психотерапевтичні дії, особливо на ранній стадії хворобливої пристрасі, що може привести до позитивних результатів. Тому тактовне втручання близьких і друзів, рання діагностика, доброзичливе консультування і з'ясування обставин, при яких у деяких людей розвивалась залежність, підвищуватимуть ефективність допомоги наркологічно залежним людям. Відносини, які забезпечують такому хворому відчуття власної гідності і самоповаги, гарантують йому особисту захищеність і не розголошування інформації, сприяють його включенню в процес лікування, народжують оптимістичні очікування на майбутнє.

Ситуаційні задачі для кінцевого рівня знань

1. Один з пацієнтів терапевтичного відділення постійно конфліктує з іншими хворими і персоналом. Який метод обстеження найбільш виправданий для оцінки психологічного стану даного пацієнта?

А. Спостереження.

Д. Клінічна бесіда.

В. Природний експеримент.

Е. Психодіагностичне обстеження.

С. Лабораторний експеримент.

2. Пацієнт психіатричного стаціонара прагне приховати порушення сприйняття, що є у нього, говорить, що він здоровий, його нічого не турбує. Який метод обстеження найбільш виправданий для оцінки психічного стану пацієнта?

А. Спостереження.

Д. Психодіагностичне тестування.

В. Природний експеримент.

Е. Нічого зі вказаного.

С. Лабораторний експеримент.

3. Хворий П. 43 років, перебуваючи в терапевтичному відділенні з діагнозом ГХ ІІІ ст., передінфарктний стан, вимагає виписки із стаціонара, оскільки йому необхідно терміново летіти у відрядження. Яке відношення до своєї хвороби у даного хворого?

А. Симуляція

С. Нозофобне.

Е. Зневажливе.

В. Анозогностичне.

Д. Нозофільне.

4. Хворий 43 років перебуває на лікуванні в клініці неврозів з діагнозом «неврастенія». Щодня на лікарському обході говорить, що вночі взагалі не спить, однак за спостереженням медичного персоналу він вночі спить, але переривистим сном. Яке відношення до своєї хвороби у даного хворого?

А. Симуляція.

С. Дисимуляція.

Е. Депресивне.

В. Агравация.

Д. Іпохондричне.

5. Хвора 34 років, що працює дворником, з метою отримання матеріальної допомоги на лікування звернулася до лікаря зі скаргами на нестерпний головний біль, запаморочення, втрату свідомості. На ЕЕГ пароксизмальної активності не виявлено. На ЕХО-ЕГ: ознаки помірної лікворної гіпертензії. Яке відношення до своєї хвороби у цієї хворої?

А. Симуляція.

С. Утилітарне.

Е. Депресивне.

В. Агравация.

Д. Іпохондричне.

Тема 14. Деонтологічні аспекти взаємин лікаря з ВІЛ-інфікованим пацієнтом і пацієнтом, хворим на СНІД

Актуальність теми. Сучасна медицина навчилася боротися з епідемічними захворюваннями (туберкульоз, холера, чума, дифтерія), проте виявляються невідомі віруси, які мають високу швидкість поширення і проти яких немає дієвих лікарських препаратів. В силу цього СНІД є найбільш небезпечним захворюванням для людства. Поширення цього захворювання ставить цілий ряд медичних, етичних, соціально-психологічних проблем. Наприклад, сама по собі діагностика захворювання недостатньо достовірна, в зв'язку з чим актуалізується проблема хибнопозитивних і помилково негативних діагнозів. Загострюється проблема дотримання лікарської таємниці щодо хворих на СНІД. Ще одна проблема етичного характеру – це відповідальність пацієнта за нерозповсюдження цього захворювання. Розгляд деонтологічних аспектів взаємин лікаря з пацієнтом ВІЛ-інфікованим пацієнтом та пацієнтом, хворим на СНІД є досить актуальним в даний час.

Загальна мета. Забезпечити можливість студентів засвоїти теоретичні аспекти основних деонтологічних підходів у взаємовідношенні лікаря з ВІЛ-інфікованим пацієнтом і пацієнтом, хворим на СНІД.

Конкретні цілі:

1. Демонструвати володіння основними деонтологічними підходами у взаєминах лікар – ВІЛ-інфікований пацієнт, лікар – хворий на СНІД.
2. Направити основні деонтологічні аспекти взаємин лікар – ВІЛ-інфікований пацієнт, лікар – хворий на СНІД на досягнення максимального ефекту лікування даної категорії осіб.

Теоретичні питання:

1. Дані епідеміології СНІД.
2. Юридичні аспекти СНІДу в Україні.
3. Основні використовувані терміни і поняття.
4. Умови проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих.
5. Проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих.
6. Проведення медичного обстеження ВІЛ-інфікованих.
7. Облік ВІЛ-інфікованих.
8. Етичні аспекти ВІЛ/СНІДу.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Який наказ МОЗ України регламентує заходи профілактики зараження ВІЛ-інфекцією?
A. 120. B. 408. C. 138. D. 155. E. 38.
2. Через який період часу після контакту з ВІЛ-інфікованим матеріалом початок хімпрофілактики вважається недоцільним?
A. 72 год. B. 48 год. C. 24 год. D. 12 год. E. 6 год.

3. Перерахуйте заходи профілактики ВІЛ-інфікування при порушенні цілісності шкіри:

А. Видавити кров з рани.

В. Рану обробити дезрозчином, а потім йодом.

С. Промити рану з милом під проточною водою.

Д. Повторно протерти руки 70° спиртом, заклеїти рану.

Е. Все перелічене вище вірно.

4. Ваші дії з профілактики ВІЛ-інфікування при контакті з кров'ю без пошкодження шкіри:

А. Протерти заражене місце дезрозчином, промити водою з милом, повторно обробити 70° спиртом.

В. Промити місце контакту проточною водою з милом, обробити дезрозчином.

С. Обробити місце контакту 70° спиртом, промити проточною водою, повторно обробити спиртом.

Д. Обробити заражене місце 3 % розчином перекису водню, промити під проточною водою з милом, обробити 5 % розчином йоду.

Е. Промити заражене місце водою з милом і протерти 70° спиртом.

5. Які категорії населення відносяться до групи ризику ВІЛ-інфікування?

А. Наркомани.

С. Особи, що займаються проституцією.

В. Ув'язнені.

Д. Особи без певного місця проживання.

Е. Всі перелічені вище.

6. Який закон України регламентує «Загальнодержавну програму забезпечення профілактики ВІЛ-інфікування, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009–2013 рр.»

А. 1026-VI.

В. 120.

С. 155/98.

Д. 1972-XII.

Е. 1974-XII.

7. Який закон України вніс зміни і доповнення до Кримінального кодексу України, що передбачає кримінальну відповідальність за розповсюдження ВІЛ/СНІДу?

А. 1974-XII.

В. 1972-XII.

С. 1026-VI.

Д. 155/98.

Е. 186.

8. Який закон України регламентує соціальний захист населення від захворювання на СНІД?

А. 1974-XII.

В. 1972-XII.

С. 1026-VI.

Д. 155/98.

Е. 186.

9. У якому році були внесені зміни до закону України № 1972 «Про попередження захворюваності СНІДОМ і соціальний захист населення»?

А. 1998.

В. 1995.

С. 1994.

Д. 1991.

Е. 2009.

10. Яким наказом МОЗ України затверджена стратегія інформаційно-профілактичної діяльності з протидії розповсюдження ВІЛ-інфекції/СНІДу серед населення?

А. 1974-XII, 1994.

С. 1026-VI, 2009.

Е. 186, 1995.

В. 67, 2010.

Д. 155/98, 1998.

- 11.** Який контингент населення підлягає обов'язковому медичному огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікування?
- А. Особи, які займаються проституцією, наркомани.*
В. Донори крові, біологічних рідин і тканин.
С. Медпрацівники, які лікують ВІЛ-інфікованих.
Д. Особи, які повернулися з тривалого відрядження за кордон.
Е. Співробітники іноземних дипломатичних установ.
- 12.** Основний шлях передачі ВІЛ-інфекції:
- А. Парентеральний.* *Д. Повітряно-краплинний.*
В. Статевий. *Е. Контактний.*
С. Ентеральний.
- 13.** Основний принцип професійної профілактики медичних працівників:
- А. Кожен, хто звертається за медичною допомогою є потенційним носієм ВІЛ.*
В. Кожен, хто звертається за медичною допомогою хірургічного профілю, є потенційним носієм ВІЛ.
С. Будь-яка інвазивна процедура (діагностична або лікувальна) має потенційну загрозу інфікування ВІЛ.
Д. Принцип конфіденційності.
Е. Кров і інші рідини будь-якого хворого вважаються потенційно ВІЛ-інфікованими.
- 14.** Хто і коли має право повідомити хворого про його ВІЛ-інфікування?
- А. Лікуючий лікар після отримання позитивних результатів з лабораторії діагностики ВІЛ.*
В. Робітники лабораторії діагностики ВІЛ.
С. Після медичного обстеження в центрі профілактики і боротьби зі СНІДом.
Д. Спеціальна комісія лікувально-профілактичної установи за місцем проживання.
Е. Спеціаліст Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом після висновку спецкомісії.
- 15.** Універсальні запобіжні заходи не використовуються до біологічних рідин, за винятком:
- А. Блювотних мас.* *С. Виділень з носа.* *Е. Мокротиння.*
В. Калових мас. *Д. Вагінальних виділень.*
- 16.** Універсальні запобіжні заходи необхідно застосовувати при контакті з біологічними рідинами, за винятком:
- А. Синовіальної.* *С. Амніотичної.* *Е. Вагінальних виділень.*
В. Плевральної. *Д. Виділень з носа.*

Теоретичний матеріал

Специфіка розповсюдження ВІЛ поставила пацієнтів (носіїв або вже хворих) в умови дискримінації в різних соціальних відносинах – медико-соціальних, соціально-побутових, працевлаштування тощо.

У зв'язку з можливою загрозою розповсюдження цього захворювання за допомогою діяльності медичного персоналу зростає значущість як професійних, так і етичних вимог до медичного персоналу.

Синдром набутого імунodefіциту (СНІД) – вірусне захворювання людини з ураженням імунної системи, переважно Т-хелперів, що призводить до різкого зниження загальної резистентності організму до умовно-патогенних мікроорганізмів, схильності до онкологічних захворювань.

Дані епідеміології СНІДу

Вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) – це патогенний ретровірус, що викликає у людини синдром набутого імунodefіциту і пов'язані з ним захворювання. ВІЛ-інфекція, подібно до пожежі, охопила зараз майже всі континенти. За практично короткий час вона стала проблемою номер один для ВООЗ і ООН, відтісняючи на друге місце рак і серцево-судинні захворювання. Через високий рівень летальності СНІД опинився в центрі уваги дослідників всього світу.

Перші випадки СНІДу були зареєстровані влітку 1981 р. в США, коли Центром за контролем захворювання в Атланті (штат Джорджія) були отримані дані про захворюваність молодих чоловіків-гомосексуалістів незвичайною пневмонією, викликаною умовно-патогенними найпростішими – пневмоцистами і саркомою Капоші, що мала більш агресивний перебіг і швидко приводила до смерті. Хоча клінічна картина вказувала на вже відомий у той час синдром імунodefіциту, але причина і шляхи передачі захворювання залишалися невідомими. Вірус, відомий зараз як збудник СНІДу, був відкритий тільки в 1983 р.

Більшість хворих на СНІД, як показали перші дослідження, складали пасивні гомосексуалісти, які мали багато статевих партнерів. На другому місці – наркомани, які використовували для внутрішньовенного введення наркотичних препаратів шприци багатократного використання. В основному це були жителі Нью-Йорка, Каліфорнії, Лос-Анджелеса. Далі виявилося, що СНІД виникає після переливання крові та її компонентів. Врешті-решт з'явилися новини про передачу захворювання дітям від хворих матерів, зокрема, і через трансплацентарний шлях. Всі ці факти давали можливість припустити, що СНІД має інфекційну теорію, а його збудник має властивості тропності, цитопатогенності згідно з Т-лімфоцитами, що відповідають за клітинний імунітет.

ВІЛ не передається при випадкових побутових контактах між людьми. При цьому медичний персонал може заразитися при пошкодженні голками, а також потраплянні на шкіру і слизові оболонки зараженої крові й інших рідин організму.

Юридичні аспекти СНІДу в Україні

1. Закон України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення», № 1972, 1992 р.

2. Закон України «Про внесення до закону України «Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) і соціальний захист населення», № 277 від 15.11.2001 р.

3. Указ Президента України № 1182 від 1.11.2000 р. «Про невідкладні заходи щодо запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції/СНІДу».

4. Указ Президента України № 461 від 22.06.2001 р. «Про оголошення в Україні 2002 року роком боротьби зі СНІДом».

5. Указ Президента України № 741 від 28.08.2001 р. «Про додаткові заходи щодо посилення боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом».

6. Постанова Кабінету Міністрів України № 1051 від 10.07.1998 р. «Про розмір щомісячної державної допомоги дітям у віці до 16 років, інфікованих вірусом імунodefіциту людини або СНІД».

7. Постанова Кабінету Міністрів України № 1642 від 16.10.1998 р. «Про затвердження порядку й умов обов'язкового страхування медичних працівників і інших осіб на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, обумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і списку категорій осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання в зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, обумовлених розвитком ВІЛ-інфекцій».

8. Постанова Кабінету Міністрів України № 2026 від 18.12.1998 р. «Питання запобігання і захисту населення від ВІЛ-інфекції і СНІДу».

9. Постанова Кабінету Міністрів України № 790 від 11.07.2001 р. «Про Програму профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2001–2003 рр.»

10. Постанова Кабінету Міністрів України № 1403 від 26.10.2001 р. «Про затвердження програм розвитку донорства крові і її компонентів на 2002–2007 рр.».

11. Постанова Кабінету Міністрів України № 1620 від 29.11.2001 р. «Про створення Українського фонду боротьби з ВІЛ-інфекцією і СНІДом».

12. Розпорядження КМДА (Київської міської державної адміністрації) № 2298 від 21.12.2000 р. «Про затвердження профілактики ВІЛ-інфекції та СНІДу в м. Києві на 2001–2005 рр.».

13. Наказ МОЗ України № 120 від 25.05.2000 р. «Про удосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію /СНІД».

14. Закон України № 1026-VI «Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих СНІДом на 2009–2013 роки».

Основні терміни і поняття, що використовуються

ВІЛ-інфекція – захворювання, викликане вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ); ВІЛ-інфіковані – особи, в організмі яких виявлений вірус імунодефіциту людини. До категорії ВІЛ-інфікованих відносяться як особи без клінічних проявів захворювань (носії ВІЛ), так і хворі на СНІД.

СНІД – синдром набутого імунодефіциту – кінцева стадія ВІЛ-інфекції; хворі на СНІД – особи з різними патологічними проявами, обумовленими глибоким ураженням імунної системи вірусом імунодефіциту людини; **медичний огляд** – лабораторне обстеження крові або інших біологічних рідин з метою виявлення зараження ВІЛ; **медичне обстеження** – поглиблене клінічно-лабораторне обстеження осіб з метою встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції; **профілактичне спостереження** – динамічне спостереження за станом здоров'я ВІЛ-інфікованих; **медичні контакти** – реципієнти крові, її препаратів і інших біологічних рідин, органів і тканин від ВІЛ-інфікованих, а також особи, які об'єднані однією медичною установою з ВІЛ-інфікованими і отримували одночасно з ними медичні маніпуляції, пов'язані з порушенням цілісності шкірних покривів і слизових оболонок.

Умови проведення медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфікованих

Обов'язковому медичному огляду підлягають:

– громадяни інших держав і особи без громадянства, прибулі до України на навчання або роботу, за винятком осіб, які мають сертифікат, передбачений відповідним договором між Україною і іншою державою – після прибуття;

– особи, що займаються проституцією, і наркомани, які вводять наркотичні речовини ін'єкційно (тільки у випадку, якщо вони визнані такими у встановленому законом порядку) – один раз на шість місяців.

Медичному огляду підлягають:

– громадяни України, інших держав, особи без громадянства, які мали статеві контакти з ВІЛ-інфікованими, – при їх виявленні, через 6 і 12 міс, якщо попередні обстеження дали негативні результати;

– особи, у яких виявлені захворювання, що передаються статевим шляхом;

– діти, що народилися від ВІЛ-інфікованих матерів, – при народженні, а також через 6 і 12 міс;

– донори крові, біологічних рідин, органів і тканин – при кожному здаванні;

– особи, що були в медичному контакті з хворими СНІДом або носіями ВІЛ – при виявленні і надалі з урахуванням епідемічної ситуації;

– вагітні жінки – при постановці на облік з вагітності і в 30-тижневий термін вагітності, а також за відсутності даних на СНІД – під час надходження до пологового будинку (відділення);

– вагітні жінки, які звертаються до медичної установи для штучного переривання вагітності;

- медичні працівники, зайняті наданням медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, лабораторною діагностикою ВІЛ-інфекції, проведенням досліджень з використанням інфікованого матеріалу, виробництвом біологічних препаратів для діагностики, профілактики СНІДУ – один раз на рік;
- громадяни України при виїзді в країни, які вимагають сертифікати про проходження медичного огляду на ВІЛ-інфекцію;
- громадяни України, інших держав і особи без громадянства, що виявили бажання пройти обстеження, зокрема анонімно;
- громадяни України, що повертаються із зарубіжних, службових або приватних поїздок тривалістю більше 6 міс – при поверненні;
- співробітники іноземних дипломатичних представництв, консульських установ, інші особи, які користуються на території України дипломатичними привілеями і імунітетом, можуть бути оглянуті на предмет зараження ВІЛ тільки за їх згодою; пропозиції таким особам про проходження медичного огляду Міністерство охорони здоров'я заздалегідь погоджує з Міністерством закордонних справ.

Біологічний матеріал померлих від сепсису, інфекційних, паразитарних, онкологічних захворювань, а також інших хвороб, патологічні прояви яких можуть свідчити про наявність ВІЛ-інфекції, підлягає відповідному дослідженню у випадку, якщо перед смертю ці особи не пройшли медичний огляд.

Проведення медичного огляду для виявлення ВІЛ-інфікованих

Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію проводиться шляхом забору крові або інших біологічних рідин, які направляють в лабораторію діагностики ВІЛ-інфекції. При отриманні позитивних результатів дослідження сироватки в реакції імуноферментного аналізу її відсилають в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом або його філії для підтвердження результату реакції імуноного блотингу. У разі позитивного результату реакції імуноного блотингу Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філія) інформує про це обласну (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанцію і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом. Останні доводять до відома зведення лікувально-профілактичної установи за місцем проживання обстежуваного про необхідність направлення його в Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філію) для встановлення остаточного діагнозу. Про осіб, у яких після медичного обстеження встановлений діагноз ВІЛ-інфекції, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом (філія) повідомляє в обласні (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанції і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом, які у свою чергу, інформують про них лікувально-профілактичну установу, що здійснюватиме медичне спостереження. Одночасно обласна (Київська, Севастопольська міська) санепідемстанція, обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом направляють оперативну інформацію про ВІЛ-інфікованого в МОЗ.

Проведення медичного обстеження ВІЛ-інфікованих

– Особи з позитивними результатами дослідження підлягають обов'язковому медичному обстеженню.

– Медичне обстеження здійснюється в Українському центрі профілактики і боротьби зі СНІДом з метою остаточного встановлення (або виключення) діагнозу ВІЛ-інфекції шляхом поглибленого клініко-лабораторного дослідження пацієнта.

– Госпіталізацію осіб в Український (обласний, міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом проводить лікувальна установа за місцем проживання або перебування обстежуваного.

– На підставі результатів медичного обстеження комісія, до складу якої входять фахівці відповідного профілю, робить висновок про наявність (або відсутність) у обстежуваного ВІЛ-інфекції і у письмовій формі спрямовують в обласні (Київську, Севастопольську міські) санепідемстанції і обласний (міський) центр профілактики і боротьби зі СНІДом.

– Фахівці Українського (обласного, міського) центру профілактики і боротьби зі СНІДом повинні повідомити осіб з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції про наявність у них цього захворювання і попередити про необхідність заходів з метою запобігання розповсюдженню ВІЛ-інфекції і кримінальну відповідальність за свідоме створення небезпеки зараження або зараження іншої особи. Факт попередження інфіковані зобов'язані засвідчити письмово. У разі відмови від такого засвідчення складається відповідний документ.

– Після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції проводиться епідеміологічне розслідування з метою виявлення джерел і шляхів інфікування, а також осіб, які мали вірогідність зараження від інфікованого під час статевих або медичних контактів.

– Результати епідеміологічного розслідування вносяться до карт епідеміологічного розслідування, які перебувають в обласних (Київській і Севастопольській міських) санепідемстанціях і обласних (міських) центрах боротьби зі СНІДом і використовуються для проведення заходів щодо попередження розповсюдження ВІЛ-інфекції.

Облік ВІЛ-інфікованих

– Всі ВІЛ-інфіковані перебувають на обліку. З метою збереження лікарської таємниці облік таких осіб ведеться тільки в територіальних або відомчих лікувально-профілактичних установах, що здійснюють їх медичне обстеження, а також обласних (Київська і Севастопольська міська) санепідемстанціях і обласних (міських) центрах профілактики і боротьби зі СНІДом.

– Реєстрації підлягають особи з позитивними результатами медичного обстеження. При неможливості провести медичне обстеження особа може бути зареєстрована як ВІЛ-інфікована на підставі позитивного результату медичного огляду.

– Дитина, що народилася у ВІЛ-інфікованих батьків, вважається ВІЛ-інфікованою, якщо протягом року у неї зберігаються антитіла до вірусу імунодефіциту людини. У разі смерті такої дитини у віці до одного року причина смерті встановлюється на підставі результатів лабораторних досліджень, клінічних і патологічних даних комісією, до складу якої входять лікарі відповідного профілю. При встановленні діагнозу ВІЛ-інфекції такі випадки підлягають реєстрації.

Етичні аспекти ВІЛ/СНІДу

Точне походження захворювання не відомо. Серед перших ВІЛ-інфікованих на початку 80-х років у США і Західній Європі опинилися гомосексуалісти і споживачі ін'єкційних наркотиків. Тому і в Росії діагноз ВІЛ-інфекція асоціювався з ізгоями суспільства, ВІЛ-позитивні люди з асоціальними групами, а природною реакцією суспільства було відгородитися від цієї проблеми. Відношення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ, досі залишається негативним, заснованим на стереотипах, страхах і забобонах, сформованих протягом десятиліть («СНІД – чума ХХ століття»). Проте для ВІЛ-інфекції не існує традиційних меж і перешкод, таких, як національність, вік, стать тощо. ВІЛ-позитивними можуть стати родичі, друзі, сусіди й інші близькі люди. Проблема ВІЛ/СНІДу давно перестала бути тільки медичною. Вона активно впливає на соціальну і економічну сферу, що змусило не тільки медиків, але і політиків включитися в боротьбу з епідемією.

ВІЛ-інфіковані, як правило, це молоді люди репродуктивного віку, які живуть у суспільстві, взаємодіють з ним і активно впливають на нього

Основні етичні проблеми ВІЛ/СНІДу

1. Соціальна інтеграція і допомога людям, які живуть з ВІЛ/СНІД: нарівні з іншими членами суспільства вони повинні жити повноцінним життям.

2. Зі свого боку вони повинні полегшувати тягар епідемії і не допускати нових випадків зараження.

3. Людям, в чиє життя ВІЛ не увійшов як власна хвороба або хвороба близьких, треба навчитися співіснувати в умовах розповсюдження ВІЛ-інфекції.

4. У цих умовах особлива роль відводиться медичному персоналу. З одного боку, медики покликані надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим людям, а з іншої – знижувати психологічну напругу, пов'язану з ВІЛ-статусом, допомогти інтегрувати ВІЛ-позитивних людей в суспільство.

5. Враховуючи, що у багатьох випадках ВІЛ-інфекція – це «хвороба поведінки», необхідно за допомогою кваліфікованих фахівців формувати в суспільстві стереотипи безпечної поведінки.

6. Фахівці, що працюють з ВІЛ-позитивними людьми, повинні звертати увагу на надання психосоціальної допомоги цій групі пацієнтів. Багато хто з них вимушений жити в умовах стигматизації і дискримінації. Тому особи, здійснюючі лікування і догляд, повинні дотримуватись конфіденційності, берегти лікарську таємницю, щоб не розкрити оточуючим

ВІЛ-статус пацієнта, інакше лікарська помилка може дорого обійтися пацієнтові: не тільки зламати його кар'єру, зруйнувати сім'ю, але іноді й сприяти суїцидальним спробам.

Неоднозначно вирішується питання про збереження лікарської таємниці, що стосується пацієнтів, які страждають на психічні або так звані «соціальні» недуги – наркоманію, алкоголізм, венеричні захворювання, а також ВІЛ-інфікованих людей. Передача стороннім особам інформації про таких пацієнтів не тільки породжує у них відчуття неповноцінності, але і може викликати безліч соціальних проблем: послужити причиною їх дискримінації на службі, в сім'ї. Разом з тим постає питання безпеки оточуючих і самого пацієнта. Для вирішення цих проблем необхідні: 1) контроль над дотриманням лікарської таємниці лікарями і медиками-дослідниками; 2) практичне забезпечення збереження лікарської таємниці, наприклад, шляхом створення анонімних кабінетів для лікування і обстеження пацієнтів.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. Співробітник іноземної дипломатичної установи повернувся зі службового відрядження до Анголи. Йому запропонували пройти медичне обстеження на предмет зараження ВІЛ. Його дії?

- A. Обов'язково пройти медобстеження.*
- B. Відмовитися від медобстеження.*
- C. Обстеження можливо тільки за його згодою.*
- D. Медичний огляд МОЗ повинен погоджувати з МІС*
- E. Всі варіанти можливі.*

2. У хворого, який перебуває на стаціонарі з приводу виразкової хвороби шлунка, отриманий позитивний результат при дослідженні сироватки на ВІЛ-носіїство. Дії лікаря, що лікує?

- A. Продовжувати лікування хворого, не повідомляючи йому результати.*
- B. Направити хворого на медобстеження на ВІЛ-інфікування.*
- C. Повідомити в санепідемстанцію.*
- D. Повідомити хворому результати дослідження і виписати його зі стаціонару.*
- E. Повідомити родичам результати обстеження.*

3. У поліклініку звернувся чоловік з проханням оформити в хоспіс його родичку, яка за станом здоров'я потребує цілодобового кваліфікованого догляду. Жінка перебуває на диспансерному обліку як ВІЛ-інфікована. Лікар відмовив в госпіталізації, пояснивши відмову тим, що у хворій специфічне інфекційне захворювання, яке є протипоказанням для оформлення в хоспіс загального профілю. Який з нормативних документів регламентує надання допомоги хворим СНІДом і ВІЛ-інфікованим, які потребують кваліфікованого догляду?

- A. № 120, 2000.*
- B. № 866, 2007.*
- C. № 241, 2007.*
- D. № 716, 2007.*
- E. № 1026-УІ 2010.*

4. Маніпуляційна медсестра, відкриваючи ампулу з новокаїном, порізала палець. Згідно з інструкцією з профілактики ВІЛ-інфікування, вона видавила кров з рани, обробила її 70° спиртом, 5 % розчином йоду, вимила руки з милом, заклеїла рану лейкопластиром і продовжила маніпуляцію. Яку помилку допустила медсестра?

А. Працювала без рукавичок і повторно не обробила рану 70° спиртом.

В. Працювала без рукавичок.

С. Повторно не обробила руки 70° спиртом.

Д. Видавила кров з рани.

Е. Повторно не обробила рану 5 % розчином йоду.

5. У лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції отриманий позитивний результат дослідження сироватки хворого Т. Дія лікаря-лаборанта?

А. Повідомити хворому результат.

В. Направити сироватку в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом для підтвердження результатів.

С. Повідомити до лікувально-профілактичної установи за місцем проживання.

Д. Повідомити в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом.

Е. Направити хворого на медобстеження в Український центр профілактики боротьби зі СНІДом.

Література

1. Алексеенко 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. Ковалёва О. Н., Лесовой В. Н. Биоэтические аспекты клинической практики и научных исследований. Харьков, 2006. 95 с.

4. Ковальова О. М., Вітенко І. С., Лісовий В. М. Біоетика, 2006. 203 с.

5. Кривонос М. В., Алексеенко А. П., Кратенко І. С. Філософські та соціально-екологічні проблеми медицини. Харків, 2002. 215 с.

6. Закон України № 1026-УІ «Об утверждении Общегосударственной программы обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом на 2009–2013 годы».

Еталони відповідей

Тема 12.

Еталони відповідей на тестові завдання

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

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

| | | | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| <i>A</i> | <i>E</i> | <i>A</i> | <i>E</i> | <i>C</i> | <i>E</i> | <i>Д</i> |

Тема 13.

Еталони відповідей на тестові завдання

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

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>E</i> | <i>A</i> | <i>E</i> | <i>B</i> | <i>B</i> |

Тема 14.

Еталони відповідей на тестові завдання

| | | | | | | | |
|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| <i>A</i> | <i>A</i> | <i>E</i> | <i>A</i> | <i>E</i> | <i>A</i> | <i>A</i> | <i>B</i> |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| <i>A</i> | <i>B</i> | <i>A</i> | <i>A</i> | <i>A</i> | <i>E</i> | <i>Д</i> | <i>Д</i> |

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

| | | | | |
|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <i>Д</i> | <i>B</i> | <i>B</i> | <i>A</i> | <i>B</i> |

Навчальне видання

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 5

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 Е. Є. Дєпрінда
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,3. Зам. № 21-34159.

**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.