

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 2

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 2

***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. 2 : 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

історія виникнення і подальша модифікація

Актуальність теми. Клятва Гіппократа – збірка морально-етичних норм поведінки лікаря, які передбачає дотримання принципу «Не нашкодь»; визнання святості життя; готовність утримуватися від злочинів і корупції, зберігати лікарську таємницю, віддати всі сили і знання зміцненню здоров'я хворих, ділитися знаннями з колегами, проявляти шанобливе ставлення до вчителів, котрі навчили мистецтву лікування.

З плином часу змінюється форма і мова присяги, але основа медичної етики передбачає дотримання основних положень клятви Гіппократа, що і є актуальністю даної теми.

Загальна мета. Надати можливість студентам ознайомитися з основними постулатами клятви Гіппократа і вивчити їх.

Конкретні цілі

1. Вивчення клятви Гіппократа.
2. Обговорення основних етичних принципів клятви Гіппократа.

Теоретичні питання

1. Історія виникнення клятви Гіппократа.
2. Текст клятви мовою оригіналу (іонійський діалект старогрецької мови).
3. Текст клятви Гіппократа в перекладі українською мовою.
4. Сучасні редакції клятви Гіппократа і її подальша модифікація.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Який з перерахованих документів називають клятвою Гіппократа XX ст.?
А. Женевську декларацію. Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
В. Лісабонську декларацію. Е. Токійську декларацію.
С. Гельсінську декларацію.
2. Яке зі вказаних джерел нагадує лікарю шанувати вчителів, які навчили його лікарському мистецтву, нарівні з батьками?
А. «Аюрведа» («Знання про життя»).
В. Клятва Гіппократа.
С. «Канон лікарської науки» Авіценни.
Д. Міжнародний кодекс медичної етики.
Е. Женевська декларація.
3. Яка з робіт Гіппократа мала найбільший вплив на розвиток медичної етики?
А. «Клятва».
В. «Про лікаря».
С. «Закон».
Д. «Прогностика».
Е. «Повчання».
4. Яка з моделей лікарської етики базується на принципі «Не нашкодь»?
А. Гіппократа.
В. Парацельса.
С. Авіценни.
Д. Канта.
Е. Всі перелічені вище.

5. Основні положення медичної етики Гіппократа:
 - А. Все перераховане вірно.*
 - В. Повага до життя і професії пацієнта.*
 - С. Не нашкодь хворому.*
 - Д. Повага до особи хворого.*
 - Е. Дотримання лікарської таємниці.*
6. У 1813 р. М. Я. Мудров виступив зі знаменитою Актовою промовою «Слово про благочестя і моральні якості Гіппократова лікаря». На вихованні яких рис лікаря він наголосив?
 - А. Гуманізм, безкорисливість, самопожертва.*
 - В. Гуманізм, професіоналізм, висока відповідальність.*
 - С. Спостережливість, співчуття, гуманізм.*
 - Д. Відповідальність, безкорисливість, професіоналізм.*
 - Е. Гуманізм, чесність, самопожертва.*
7. У якій роботі викладені морально-етичні норми взаємин в медичному колективі між колегами?
 - А. «Повчання» Гіппократа.*
 - В. «Аюрведа» («Знання про життя»).*
 - С. Клятва Гіппократа.*
 - Д. «Канон лікарської науки».*
 - Е. Міжнародний кодекс медичної етики.*
8. Особливостями сучасного лікаря є все, крім:
 - А. Захоплення інструменталізмом.*
 - В. Тенденції до дегуманізації.*
 - С. Зростання освіченості.*
 - Д. Спрощеного підходу до лікування.*
 - Е. Психічного, фізичного і морального навантаження.*
9. Основний принцип моделі Гіппократа:

<i>А. «Не нашкодь».</i>	<i>Д. Принцип автономії особи.</i>
<i>В. «Не вбивай».</i>	<i>Е. Пріоритет держави.</i>
<i>С. Пріоритет інтересів науки.</i>	
10. Основною характеристикою сучасної моделі професійної моралі є принцип:
 - А. Пріоритету прав і пошани гідності пацієнта.*
 - В. Дотримання обов'язків.*
 - С. «Не нашкодь».*
 - Д. Пріоритету науки.*
 - Е. Невтручання.*

Теоретичний матеріал

Гіппократ (Hippocrates) (460–377 рр. до н.е.) – відомий давньогрецький лікар, реформатор античної медицини, основоположник принципу індивідуального підходу до хворого. Розробив систему лікування, в основі

якої лежать принципи: 1) приносити користь і не завдати шкоди; 2) протилежне лікують протилежним; 3) допомагати природі, погоджувати свої дії з її зусиллями, щоб позбутися хвороби; 4) дотримуватися обережності, берегти сили хворого; не міняти раптово ліки, застосовувати активніші засоби тоді, коли менш активні не надають дію. Виявив основні типи темпераментів (сангвінік, холерик, флегматик, меланхолік) і їх схильність до певних хвороб. З ім'ям Гіппократа пов'язано уявлення про високе моральне обличчя лікаря і етику його поведінки.

1. Історія виникнення клятви Гіппократа

Клятва Гіппократа – лікарська клятва, що виражає основоположні морально-етичні принципи поведінки лікаря, а також загальнонавчальну назву клятви кожного, хто збирається стати медиком. Клятви, що формують моральні норми поведінки лікаря, існували ще в Єгипті. Виникла клятва значно раніше за життя Гіппократа: згідно з переказом, вона йде від прямих нащадків Асклепія, переходила в усному вигляді як сімейна традиція, з роду в рід. Клятва була вперше записана Гіппократом в Александрії при Герофілі (Herophilos, поряд 300 р. до н.е.) та Еразістраті і стала документом з III ст. до н.е. Первинний варіант був написаний Гіппократом в V ст. до н.е. іонійським діалектом старогрецької мови. З того часу текст клятви багато разів перекладався іншими мовами, редагувався, що істотно змінило його сенс. Для свого часу клятва була дуже великим досягненням, задаючи високу етичну планку. Тому не випадково, що в християнському світі вона все-таки була прийнята з поправками і змінами, зокрема, на початку: «Та буде благословенний Бог, Отець Господа нашого Ісуса Христа, який благословенний на віки, бо я не брешу».

Гіппократ, що жив в Елладі дві з половиною тисячі років тому, в творах, що дійшли до нашого часу, привів клятву, відзначивши, що «...медицина справді є найбагатіше зі всіх мистецтв. Але, невіглахи тих, які займаються нею, і тих, які з легковажною поблажливістю судять їх, вона далеко тепер нижче за всі мистецтва». Ним написані статті «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку». На думку Гіппократа, лікар – єдина професія, яка повинна починатися з присяги суспільству, оскільки той, хто вибрав цю професію, навчається протягом багатьох років, щоб допомагати людині, страждаючій особі, тому, відповідно, повинен давати обіцянку бути гідним вибраної справи.

«Клятва» містить 9 етичних принципів або зобов'язань:

- зобов'язання перед вчителями, колегами і учнями;
- принцип «Не нашкодь»;
- зобов'язання надати допомогу хворому (принцип милосердя);
- принцип турботи про користь хворого і домінуючі інтереси хворого;
- принцип пошани до життя і негативного відношення до евтаназії;

- принцип пошани до життя і негативного відношення до абортів;
- зобов'язання про відмову від інтимних зв'язків з пацієнтами;
- зобов'язання особистого вдосконалення;
- лікарська таємниця (принцип конфіденційності).

2. Текст клятви мовою оригіналу (іонійський діалект древньогрецької мови)

Ὁμνυμι Ἀπόλλωνα ἱητρὸν, καὶ Ἀσκληπιὸν, καὶ Ὑγίαν, καὶ Πανάκειαν, καὶ θεοὺς πάντας τε καὶ πάσας, Ἱστορας ποιεύμενος, ἐπιτελέα ποιήσῃς κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν ὄρκον τόνδε καὶ ξυγγραφὴν τήνδε. Ἠγήσασθαι μὲν τὸν διδάξαντά με τὴν τέχνην ταύτην Ἴσα γενέτησιν ἐμοῖσι, καὶ βίου κοινώσασθαι, καὶ χρεῶν χρηρίζοντι μετάδοσιν ποιήσασθαι, καὶ γένος τὸ ἐξ ωύτέου ἀδελφοῖς ἴσον ἐπικρινέειν ἄρῃεσι, καὶ διδάξειν τὴν τέχνην ταύτην, ἣν χρηρίζωσι μανθάνειν, ἄνευ μισθοῦ καὶ ξυγγραφῆς, παραγγελίης τε καὶ ἀκροήσιος καὶ τῆς λοιπῆς ἀπάσης μαθήσιος μετάδοσιν ποιήσασθαι υἱοῖσί τε ἐμοῖσι, καὶ τοῖσι τοῦ ἐμῆ διδάξαντος, καὶ μαθηταῖσι συγγεγραμμένοισι τε καὶ ὠρκισμένοις νόμῳ ἱητρικῷ, ἄλλῳ δὲ οὐδενί. Διαιτήμασί τε χρήσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων κατὰ δύναμιν καὶ κρίσιν ἐμήν, ἐπὶ δηλήσει δὲ καὶ ἀδικίῃ εἴρξειν. Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενί αἰτηθεὶς θανάσιμον, οὐδὲ ὕφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε. Ὅμοίως δὲ οὐδὲ γυναικὶ πεσσοῦν φθόριον δώσω. Ἀγνῶς δὲ καὶ ὁσίως διατηρήσω βίον τὸν ἐμὸν καὶ τέχνην τὴν ἐμήν. Οὐ τεμέω δὲ οὐδὲ μὴν λιθιῶντας, ἐκχωρήσω δὲ ἐργάτησιν ἀνδράσι πρήξιος τῆσδε. Ἐς οἰκίας δὲ ὁκόςας ἂν ἐσίω, ἐσελεύσομαι ἐπ' ὠφελείῃ καμνόντων, ἐκτὸς ἐὼν πάσης ἀδικίης ἐκουσίης καὶ φθορίης, τῆς τε ἄλλης καὶ ἀφροδισίων ἔργων ἐπὶ τε γυναικείων σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. σωμάτων καὶ ἀνδρῶν, ἐλευθέρων τε καὶ δούλων. Ἄ δ' ἂν ἐν θεραπείῃ ἦ ἴδω, ἢ ἀκούσω, ἢ καὶ ἄνευ θεραπείης κατὰ βίον ἀνθρώπων, ἃ μὴ χρή ποτε ἐκκαλέεσθαι ἔξω, σιγήσομαι, ἄρῃετα ἡγεύμενος εἶναι τὰ τοιαῦτα. Ὅρκον μὲν οὖν μοι τόνδε ἐπιτελέα ποίεοντι, καὶ μὴ ξυγχέοντι, εἴη ἐπαύρασθαι καὶ βίου καὶ τέχνης δοξαζομένῳ παρὰ πᾶσιν ἀνθρώποις ἐς τὸν αἰεὶ χρόνον. παραβαίνοντι δὲ καὶ ἐπιорκοῦντι, τᾶναντία τουτέων.

3. Текст клятви Гіппократа в перекладі українською мовою

Гіппократ вважає, що лікарська клятва має особливе значення. Будучи одним із засновників медицини, Гіппократ просив лікарів присягнути:

«Присягаюся Аполлоном-лікарем, Асклепием, Гігією і Панагією і всіма богами і богинями, беручи їх в свідки, виконувати чесно, відповідно моїм силам і моєму розумінню, наступну присягу і письмове зобов'язання: вважати того, хто навчив мене лікарському мистецтву нарівні з моїми батьками, ділитися з ним своїми достатками і у разі потреби допомагати йому в його потребах; його потомство вважати своїми братами, і це мистецтво, якщо вони захочуть його вивчати, викладати їм безоплатно і без жодного

Що б при лікуванні – а також і без лікування – я не побачив або не почув відносно життя людського з того, що не слід коли-небудь розголошувати, я умовчу про те, вважаючи подібні речі тасмницею. Мені, який непорушно виконає клятву, та буде дано щастя в житті і в мистецтві і слава у всіх людей на вічні часи; тому ж, хто переступає і дає помилкову клятву та буде зворотне цьому».

HIPPOCRATES HIRACLIOTÆ F. CIVIS.
 AN. MCCCXCVI. MDCCCXII.

The Trustees of the
 Royal Academy of Sciences

Про що говорить клятва Гіппократа? Зовсім не про те, щоб «... світлячи іншим згоріти самому, і, перетворитися на недогарок». Ще раз перечитайте клятву і погодьтеся, що навіть у цьому «причесаному» тексті мова йде тільки про зобов'язання перед вчителями, колегами та учнями, про гарантії не заподіяння шкоди, про негативне ставлення до евтаназії та абортів, про відмову медичних працівників від інтимних зв'язків із пацієнтами, про лікарську таємницю. Ніде не написано, що лікар повинен лікувати безкоштовно і безсловесно терпіти наплювацьке ставлення суспільства до себе.

У Стародавній Греції, підданим якої і був Гіппократ, зазвичай лікарі жили безбідно завдяки гонорарам, отриманим від пацієнтів. Працю їх оплачували високо (краще, наприклад, ніж працю архітекторів), хоча вони і не цурались добродійності. Гіппократ у «Повчаннях» радить своєму учневі, коли справа йде про гонорар, диференційовано підходити до різних пацієнтів: «І я раджу, щоб ти не дуже не гуманно поведишся, але щоб звертав увагу і на велику кількість коштів (у хворого) і на їх помірність, а іноді лікував би і дарма, вважаючи вдячну пам'ять вище за хвилинну славу». Відмітимо, що дарма Гіппократ радить лікувати лиш іноді.

Що це? Спроба вирішити одвічну дилему: з одного боку, працю лікаря (як і будь-яку іншу суспільно корисну працю) потрібно справедливо оплачувати, а з іншого – чи припускає гуманна природа медичної професії надання безоплатної допомоги незаможним співгромадянам? А може, все простіше? Можливо, Гіппократ вже розумів важливість добродійності для реклами? Так, в тих же «Повчаннях» він радить своєму учневі: «Якщо ти поведеш спочатку справу про винагороду, то, звичайно, наведеш хворого на думку, що, якщо не буде зроблено договору, ти залишиш його або не-дбало відноситимешся до нього, і не даси йому зараз ради. Про встановлення винагороди не слід піклуватися, оскільки ми вважаємо, що звертати на це увагу шкідливо для хворого, особливо при гострому захворюванні – швидкість хвороби, що не дає випадку до зволікання, примушує хорошого лікаря шукати не вигоди, а швидше придбання слави. Краще дорікати врятованим, ніж наперед оббирати тих, хто знаходяться в небезпеці». Отже, невдячність врятованих по відношенню до лікаря заслуговує на докору навіть з погляду Гіппократа?

Головним принципом етики Гіппократа завжди вважали «Non posse» – не нашкодь.

Клятва, запропонована Гіппократом, в своїй основі збереглася до наших днів. З невеликими змінами вона і сьогодні вимовляється виступаючим на цьому терені. У 1949 Генеральна Асамблея прийняла Міжнародний кодекс медичної етики, що включає і Женевську декларацію. Проте, в багатьох країнах є і свої редакції клятви Гіппократа.

За повідомленнями преси, в Північній Америці і Європі в 2006 р. текст клятви замінений «Професійним кодексом». На думку авторів нового документа, текст, запропонований грецьким лікарем ще дві з половиною тисячі років тому, абсолютно не відображає реалій сьогодення. «В часи Гіппократа не було таких важливих принципів роботи медиків, як пошана до інших фахівців і право пацієнта на власний вибір. Крім того, лікарі того часу не стикалися з постійними підозрами в непрофесіоналізмі з боку суспільства, влади і журналістів». У новому тексті виключені вимоги щодо неучасті в абортів, хірургічного лікування кам'яної хвороби і коректного поводження з рабами.

У Росії «Присягу врача Советского Союза», затверджену в 1971 р., в середині 1990-х замінили «Клятвою російського лікаря», а в 1999 р. Держдумою був прийнятий і президентом Б. Єльциним підписаний новий текст «Клятви лікаря Росії», яку лікарі читають в урочистій обстановці при отриманні диплому.

В Ізраїлі лікарі приносять не клятву Гіппократа, а клятву єврейського лікаря. Це пов'язано з тим, що в традиційному тексті клятви Гіппократа згадуються боги старогрецького пантеону, що йде врозріз з іудаїзмом, де Бог один, і приносити клятви Його ім'ям не можна. Оскільки в Ізраїлі релігія не відокремлена від держави, клятву Гіппократа не застосовують в жодному єврейському медичному вузі. Проте клятва єврейського лікаря відрізняється від клятви Гіппократа тільки в дрібних деталях, на зразок тих же самих посилань на богів.

У даний час на території США дія клятви Гіппократа обмежена судовим прецедентом, заснованим на Homeland Security Act. Відповідно до цього прецеденту, лікарська допомога терористам і потенційним терористам визнана незаконною експертною допомогою в їх адресу і є кримінально караною.

У деяких випадках традиційна клятва Гіппократа суперечить вимогам частини суспільства, зокрема деяких медичних працівників. Наприклад, все частіше обговорюється можливість узаконити евтаназію, яка докорінно суперечить традиційній клятві Гіппократа.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. Після проведення оперативного втручання з приводу апендициту у хворого наприкінці другої доби підвищилася температура до 38,5 °С, з'явився біль у ділянці післяопераційної рани. При повторній ревізії в черевній порожнині була виявлена забута серветка, яка спричинила розвиток ускладнення післяопераційного періоду. Оцінити дії хірурга.

А. Лікувальна помилка.

В. Нещасний випадок.

С. Професійний злочин.

Д. Хірург не винен, серветку міг забути його асистент.

Е. Дії хірурга може оцінити тільки лікарсько-експертна комісія.

2. Небезпечному рецидивістові, який перебуває у в'язниці за здійснення статевого злочину, пропонується повна кастрація в обмін на скорочення терміну ув'язнення. Чи правомірна стерилізація злочинця (1) і за яких умов можливий виняток (2)?

1. А. Так В. Ні.

2. А. Усна угода ув'язненого.

В. Оформлення інформаційної угоди.

С. Дотримання конфіденційності.

Д. Дозвіл комітету з етики.

Е. Виняток неможливий.

3. Новонароджена дитина страждає на атрезію заднього проходу і хворобу Дауна. негайне хірургічне втручання, можливо, продовжило б життя

немовляти, але його інтелект в майбутньому залишився б на рівні 4-річної дитини, а тривалість життя склала близько 20 років. Батьки відмовляються від операції, вважаючи за краще, якщо дитина помре природною смертю. Кому, на вашу думку, належить право вирішувати долю немовляти?

А. Батькам.

Д. Комісії з біоетики.

В. Педіатру, який лікує.

Е. Лікувальному консилиуму.

С. Дитячим хірургам.

4. На санпропускник міської лікарні привезли небезпечного злочинця у важкому стані з ножовим пораненням грудної клітки. Черговий лікар, не повідомивши в міліцію, негайно почав надавати невідкладну допомогу, викликав бригаду хірургів. Як повинен був діяти черговий лікар?

А. Надати невідкладну допомогу і повідомити в міліцію, інформувати адміністрацію лікарні.

В. Відмовити в наданні медичної допомоги злочинцеві.

С. Передати злочинця органам влади.

Д. Інформувати міліцію і викликати «швидку допомогу» для переведення хворого в спеціалізоване відділення.

Е. Інформувати адміністрацію і викликати «швидку допомогу» для переведення хворого в спеціалізоване відділення.

5. Поступила пацієнтка з клінічною картиною часткової спайкової кишкової непрохідності. В анамнезі резекція шлунка з приводу виразкової хвороби. Основний метод діагностики цього захворювання – рентгенологічний. На оглядовому знімку виявлено, що в черевній порожнині знаходиться хірургічна голка (яка не викликає жодної симптоматики). Вирішується питання щодо лікування кишкової непрохідності. Чи потрібно попередити пацієнтку про знахідку (голку)? Який принцип біомедичної етики порушений?

А. Правдивості.

С. Милосердя.

Е. Конфіденційності.

В. Інформованої угоди.

Д. Справедливості.

Тема 5. Основні моделі взаємин в системі «лікар–хворий». **Міжнародні документи, що регламентують права пацієнта**

Актуальність теми. Останнім часом у суспільстві все частіше виникають гострі проблеми, пов'язані з питаннями відносин між лікарем і пацієнтом, у результаті чого у законодавчих органів з'явилося багато роботи зі створення та вдосконалення правової бази для досягнення стабільності та більшої ефективності в цьому питанні. В основних положеннях цих регламентуючих документів використовують найкращі розробки попередніх поколінь. Щоб краще зрозуміти етичну сторону взаємин лікаря і пацієнта, потрібно звернутися до історичного досвіду з цього питання та розглянути існуючі моделі відносин між лікарем і хворим.

Загальна мета. Забезпечити умови засвоєння студентами основних моделей взаємин лікаря і хворого, оцінити позитивні і негативні сторони кожної з них.

Конкретні цілі

1. Розглянути основні моделі взаємин лікаря і хворого з визначенням негативних і позитивних моментів кожної.
2. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами і застосувати їх у конкретних моделях спілкування з хворими та їх родичами.
3. Вміти визначити психологічний тип хворого і модель спілкування з ним.
5. Знати основні правові документи, які регламентують взаємовідносини між пацієнтом і лікарем, права пацієнта.

Теоретичні питання

1. Визначити поняття взаємин «лікар–хворий».
2. Основні моделі взаємин у системі «лікар–хворий».
3. Патерналістська модель: характеристика, основні принципи.
4. Переваги і недоліки патерналістської моделі взаємин.
5. Модель «технічного типу»: характеристика, основні принципи.
6. Колегіальна модель: характеристика і основні принципи.
7. Контрактна модель: характеристика і основні принципи.
8. Визначити найбільш раціональну модель взаємин між лікарем і хворим.
9. Основні міжнародні документи, які регламентують права пацієнта.
10. Основні положення Лісабонської декларації.
11. Основні етичні принципи клінічних досліджень.
12. Визначити принцип «добровільної інформованої згоди» і «співпраці» лікаря і хворого.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Основу успішних взаємин лікаря з хворим складає:
*А. Взаєморозуміння. С. Довіра. Е. Авторитет.
В. Чуйність. Д. Професіоналізм.*
2. Хто з клініцистів назвав анамнез «зняттям медичного портрета» хворого?
*А. М. Я. Мудров. С. В. В. Вересаєв. Е. С. П. Боткін.
В. Г. А. Захар'їн. Д. М. І. Пирогов.*
3. Основний принцип патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:
*А. Активна позиція лікаря (лікар-опікун).
В. Активна позиція хворого.
С. Тривале спілкування лікаря і хворого.
Д. Роз'яснення, посередництво.
Е. Обмежений час спілкування лікаря з хворим.*
4. Основний принцип ліберальної моделі спілкування лікаря з хворим:
*А. Активна позиція лікаря.
В. Активна позиція хворого.
С. Пояснення і посередництво.*

- Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.*
Е. Обмежений час спілкування лікаря і пацієнта.
5. Основна перевага патерналістської моделі взаємин лікаря і хворого:
А. Активна позиція хворого.
В. Чіткість рішень і дій лікаря.
С. Достатній психологічний контакт між лікарем і пацієнтом.
Д. Раціональне використання часу для спілкування з хворим.
Е. Все перелічене вище.
6. Основний недолік патерналістської моделі спілкування лікаря з хворим:
А. Відсутність психологічного контакту між лікарем і хворим.
В. Недостатня медична освіченість пацієнта.
С. Обмеження прав хворого.
Д. Обмеження прав лікаря.
Е. Висока частота лікарських помилок.
7. Основний принцип інтерпретаційної моделі взаємин лікаря і хворого:
А. Активна позиція лікаря.
В. Активна позиція хворого.
С. Пояснення і посередництво.
Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.
Е. Обмежений час для спілкування лікаря з пацієнтом.
8. Основний принцип технічної моделі взаємин лікаря і хворого:
А. Активна позиція лікаря.
В. Активна позиція хворого.
С. Пояснення і посередництво.
Д. Тривале спілкування лікаря з хворим.
Е. Обмежений час для спілкування лікаря з пацієнтом.
9. Моделі спілкування лікаря і пацієнта:
А. Все перераховане. *С. Інтерпретаційна.* *Е. Ліберальна.*
В. Інформаційна. *Д. Патерналістська.*
10. В якій моделі взаємин лікаря і хворого обмежуються права пацієнта і не проявляється повага до його самостійності?
А. Ліберальній. *С. Інтерпретаційній.* *Е. Інформаційній*
В. Патерналістській. *Д. Технічній.*

Теоретичний матеріал

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

Спершу розглянемо основні типи (моделі) взаємин в системі «лікар–хворий».

Можна за різними принципами класифікувати взаємини між лікарем і пацієнтом. Існують такі моделі взаємин: патерналістська (сакральна), технічна, колегіальна, контрактна.

Перша модель – патерналістська (лікар-опікун)

Міжособистісні відносини тут подібні до взаємин священика і прихожанина або батька і дитини, наставника і підопічного. Принципи відношення до пацієнта – любов, милосердя, турбота, благодіяння і справедливість. Вони були відбиті в клятві Гіппократа. Патерналістська модель панувала в християнській європейській культурі впродовж багатьох сторіч. Материнська, батьківська турбота медичного працівника про свого пацієнта дала підставу назвати таку модель взаємин між ними паренталізмом (від англ. «батьки»), або патерналізмом (від лат. pater – батько). Основний моральний принцип, який виражає традицію сакрального типу, свідчить: «Надаючи пацієнтові допомогу, не заподіювати йому шкоду». Традиція лікування вимагала приносити хворому користь і не завдавати шкоди. Цей принцип існує в широкому контексті і ґрунтується на правилі компетенції, він складає тільки один елемент всієї безлічі моральних обов'язків.

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

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

Друга модель – «технічний» тип, яку американський біоетик Роберт Вітч називає «інженерною»

Один із наслідків біологічної революції – виникнення лікаря-вченого. Наукова традиція наказувала вченому «бути неупередженим». Основний принцип цієї моделі – роз'яснення і посередництво. Тут лікар виступає в ролі експерта. На підставі клінічних даних і експериментально-лабораторних досліджень він ставить остаточний діагноз, пояснюючи хворому все, що

стосується його захворювання, при цьому абсолютно не зачіпає життєвих проблем хворого. В рамках цієї моделі пацієнт сприймався лікарем як безособовий механізм. Завдання лікаря – виправлення відхилень в несправному фізіологічному механізмі, методи діагностики – біохімічні, біофізичні, рентгенологічні та інші. Він повинен був спиратися на факти, уникаючи ціннісних думок. Лише після медичних досліджень нацистів і створення атомної бомби, коли досліджуваних позбавили будь-яких прав (досліди, що проводились над ув'язненими концентраційних таборів), людство усвідомило небезпеку подібної позиції. Вчений не може бути вище за загальнолюдські цінності. Лікар у процесі ухвалення рішення не може уникнути думок морального й іншого ціннісного характеру.

Основним недоліком цього типу відносин є технократичний підхід до пацієнта, який суперечить принципу пошани прав і достоїнства особи. Пацієнт не бере участі в обговоренні процесу лікування. У сучасній медицині лікар дійсно взаємодіє з пацієнтом як вузький фахівець і виконує суто технічні функції. Прикладом може бути хірургічний конвейер в очній клініці Святослава Федорова.

Третя модель – колегіальна

Мета медичної діяльності – ліквідація захворювання і захист здоров'я пацієнта. У моделі колегіального типу взаємна довіра відіграє вирішальну роль, адже тут панує принцип рівноправ'я. Лікар повідомляє правдиву інформацію про діагноз, методи лікування, можливі ускладнення і наслідки захворювання. Пацієнт бере участь в обговоренні цієї інформації. Тут реалізується право пацієнта на свободу вибору. Деякі етики говорять про те, що лікар і пацієнт повинні бачити один в одному колега, які прагнуть до загальної мети – ліквідувати захворювання і захистити здоров'я пацієнта. Лікар – це «друг» хворого. Така гармонія у відносинах між лікарем і пацієнтом швидше є винятком із правил.

Модель колегіального типу дозволяє максимально ефективно побудувати взаємини між лікарем і пацієнтом, на практиці реалізувати принцип лікування не захворювання, а хворої людини. На жаль, дана модель взаємин лікаря і хворого в сучасній практиці зустрічається все рідше і рідше.

На процес лікування негативно можуть впливати некомпетентність або особливості психіки пацієнта. Ефективність колегіальної моделі виявляється особливо добре при хронічних захворюваннях. Етнічні, класові, економічні і ціннісні відмінності між людьми ускладнюють реалізацію принципу загальних інтересів, необхідних для моделі колегіального типу.

Четверта, контрактна модель взаємин пацієнта і медичного працівника зрозуміла з назви. Вони укладають між собою контракт, договір, угоду, в якій визначаються рамки їх взаємин. Угода має на увазі дотримання принципів свободи, особистої гідності, чесності, виконання обіцянок і справедливості.

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

Розглянуті моделі взаємовідносин «лікар–пацієнт» є ідеальними конструкціями. Проте можна виділити й інші моделі цих взаємовідносин:

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

Інтерпретація (тлумачення) – це активне втручання в розповідь хворого. В даному випадку ви висловлюєте швидше висновок, ніж просто зауваження: «Сьогодні для вас все не так. Вам набридла лікарня», «Ви багато питаєте про рентгенологічне дослідження. Ви боїтеся його?». В той же час існує небезпека неправильного тлумачення сказаного хворим, що може утруднити бесіду. При правильному ж використанні цього прийому ви можете виразити як співпереживання, так і розуміння.

Реальний вибір того або іншого типу відносин визначається особливостями особи лікаря, конкретною ситуацією стану хворого, характером медичної допомоги. Існують інші орієнтири, згідно з якими можна охарактеризувати форми моделі взаємин «лікар–пацієнт», наприклад, якщо враховувати не тільки біологічний, але і біографічний план захворювання. Даний підхід дозволяє говорити про 4 моделі відносин, характер яких визначається станом хворого. Це відношення до пацієнта в гострому періоді захворювання, відношення до хронічних хворих, інвалідів і вмираючих.

Гострі захворювання. Хворі можуть бути пасивними учасниками взаємовідносин «лікар–пацієнт». Основне завдання лікаря – вилікувати пацієнта і якнайшвидше повернути його до звичайного способу життя.

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

Інваліди. Можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не просто залишити прикутим до свого ліжка або зачиненим у кімнаті.

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

Одним з найважливіших принципів відносин між медичним працівником і пацієнтом є принцип **дистрибутивної справедливості**. Це означає обов'язковість надання і однакової доступності медичної допомоги.

Зазвичай він знаходить віддзеркалення в законодавчих актах і соціально обумовлений. Кожне співтовариство встановлює правила і порядок надання медичної допомоги відповідно до своїх можливостей.

Основні правові документи, які регулюють взаємини між лікарем і пацієнтом

В першу чергу це «Нюрнберзький Кодекс» (1947 р.), «Гельсінська декларація» (прийнята на 18-й сесії Всесвітньої медичної асамблеї 1964 р.), «Лісабонська декларація (права пацієнта)» ВООЗ і ВМА, «Конвенція про захист прав і гідності людини в зв'язку з впровадженням досягнень біології та медицини», (1997 р.), «Конвенція про права людини та біомедицину» Ради Європи (прийнята в 1996 р.). Нюрнберзький Кодекс – найбільш важливий документ в історії етики медичних експериментів на людині – був прийнятий в ході Нюрнберзького процесу над фашистськими лікарями, які робили дослідження на військовополонених. На суді постали 23 лікарі (з них 20 докторів наук), в тому числі лейб-хірург Гітлера фон Брандт. У таборах смерті військовополоненим прищеплювали висипний тиф і правець, людей охолоджували до +3 °С, знущалися з дітей і жінок, пересаджуючи кістки від однієї людини до іншої і ставили дослідження, подробиці яких не хотілося б описувати. Смертний вирок, самогубство декількох засуджених у в'язниці – такий фінал трагедії. Страшні факти історії. Вони не повинні повторитися. Положення Нюрнберзького Кодексу зводяться до головної тези про абсолютну необхідність добровільної згоди піддослідного і повне розкриття всіх деталей експерименту. Нюрнберзький Кодекс послужив основою для багатьох наступних міжнародних документів, кожен з яких повторює його принципи, розширюючи і додаючи нові моменти стосовно експериментування на людині.

Принциповим положенням **Гельсінської Декларації** стала теза про те, що «інтереси випробовуваних повинні завжди превалювати над інтересами науки і суспільства».

Права пацієнтів при медичних втручаннях захищають не тільки виконанням правила правдивості і правила конфіденційності, але і **правила добровільної інформованої згоди**. За цим правилом будь-яке втручання, зокрема при проведенні експериментів на людині повинно включати добровільну згоду пацієнта. У свою чергу лікар повинен інформувати пацієнта про мету, методи, побічні ефекти, можливий ризик, тривалість і очікувані результати дослідження. Вперше правило «добровільної згоди», як було відзначено раніше, сформулювали в Нюрнберзькому Кодексі (1947 рік) – першому «Зведенні правил про проведення експериментів на людях». Потім принцип «добровільної згоди» почали враховувати в США при розгляді судових справ про відшкодування шкоди при недбалому лікуванні. Термін «інформована згода» закріпився в Європі через 10 років. Дійсно, на практиці між лікарем і пацієнтом складається ситуація природної нерівності. Хворий,

не володіючи спеціальними медичними знаннями, довіряє лікареві своє життя, але лікар не застрахований від медичних помилок. Правовий захист пацієнта нівелює цю нерівність, і принцип добровільної інформованої згоди закріплює нові норми взаємин між лікарем і пацієнтом.

Поняття **добровільної інформованої згоди** закріплює обов'язок лікаря інформувати пацієнта, а також поважати недоторканність приватного життя пацієнта, бути правдивим і берегти лікарську таємницю з одного боку, але з іншого боку, цей принцип зобов'язує лікаря ухвалити суб'єктивне рішення пацієнта до виконання. Некомпетентність хворого може зробити таку модель взаємовідносин між лікарем і пацієнтом безплідною і навіть шкідливою для самого пацієнта, а також викликати відчуження хворого і лікаря. Позитивна особливість добровільної інформованої згоди в тому, що вона направлена на захист пацієнта від експериментальних і випробувальних намірів лікаря і дослідника, на зниження ризику морального або матеріального збитку. В той же час, за ситуації, коли заподіяно шкоду, хоча було оформлено добровільну інформовану згоду між лікарем і пацієнтом, добровільна згода є формою захисту лікаря, ослабляючи правові позиції пацієнта.

У зв'язку з цим необхідно підкреслити, що сучасна медицина – це значною мірою медицина досліджень, експериментів і клінічних випробувань, проведених на тваринах і на людині. У вересаєвських «Записках лікаря» майже століття тому в гранично гострих формах розглядалися проблеми етичного і гуманного ставлення до піддослідних – учасників медичних експериментів. З того часу і власне медицина, і осмислення її етичних проблем пройшли величезний шлях. Сьогодні етика біомедичних експериментів – аж ніяк не один лише перелік добрих побажань. Існують вироблені і перевірені практикою норми проведення таких експериментів, а також структури і механізми, що дозволяють досить жорстко контролювати дотримання цих норм.

Своєрідним «механізмом» такого контролю в більшості країн світу стали сьогодні так звані етичні комітети, створювані в науково-дослідних установах, які проводять експерименти на людині і на тваринах. На сьогоднішній день існує досить велика кількість нормативних документів, розроблених і прийнятих різними міжнародними організаціями, які, власне кажучи, і є керівництвом, на які повинні спиратися у своїй діяльності члени етичних комітетів.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. При спілкуванні з хворим лікар пропонує йому вибрати з лікувальних засобів ті, що влаштовують його за ціною і способом застосування. Визначити модель взаємин лікаря і хворого:

А. Технологічна.

В. Ліберальна.

С. Патерналістська.

Д. Інтерпретаційна.

Е. Декілька моделей одночасно.

2. Лікар призначає обстеження і лікування хворому, не враховуючи його індивідуальних особливостей, можливостей і побажань. Визначити модель взаємин лікаря і хворого:

А. Технологічна.

Д. Інтерпретаційна.

В. Ліберальна.

Е. Декілька моделей одночасно.

С. Патерналістська.

3. Під час відвідин хворого лікар, окрім отримання суто медичної інформації, спілкуючись із хворим, з'ясовує його настрій, відчуття, особливості сім'ї і побуту, умови роботи і взаємин на виробництві; детально відповідає на всі питання хворого стосовно його обстеження і лікування. Яка це модель взаємин лікаря і хворого?

А. Технологічна.

С. Патерналістська.

Е. Дорадча.

В. Ліберальна.

Д. Інтерпретаційна.

4. Хворий звертається до лікаря за медичною допомогою. Після нетривалої бесіди лікар направляє хворого на додаткове обстеження. Чергова зустріч лікаря з хворим полягає тільки в призначенні нових методів лабораторного та інструментального обстеження, за наслідками яких лікар призначає і коректує подальше лікування. Прикладом якої моделі взаємин є така поведінка лікаря?

А. Технологічної.

С. Патерналістської.

Е. Дорадчої.

В. Ліберальної.

Д. Інтерпретаційної.

5. Лікар пропонує хворому на вибір лікарські препарати для використання в процесі тривалого лікування. Хворий, орієнтуючись тільки в ціні, обирає найдешевший препарат. Через деякий час він вимушений не тільки перейти на прийом інших препаратів, але і отримати додаткове лікування для зменшення проявів побічних дій «дешевих» препаратів. Яка модель поведінки лікаря була причиною такої ситуації?

А. Технологічна.

С. Патерналістська.

Е. Дорадча.

В. Ліберальна.

Д. Інтерпретаційна.

6. Хворий поступив зі скаргами на погане самопочуття, вимагає призначення нового обстеження і консультацій. При обстеженні стан задовільний, страхи не мають підстави. Назвати тип відношення пацієнта до хвороби:

А. Іпохондричний.

С. Езопівський.

Е. Апатичний.

В. Неврастенічний.

Д. Анозогностичний.

7. Пацієнт ігнорує своє захворювання, заперечує вплив шкідливих звичок на здоров'я, відмовляється від рекомендацій лікаря і лікування. Назвати тип відношення пацієнта до хвороби:

А. Іпохондричний.

С. Езопівський.

Е. Апатичний.

В. Неврастенічний.

Д. Анозогностичний.

8. Хворий 43 років, госпіталізований в терапевтичне відділення з приводу загострення виразкової хвороби. Під час перебування в стаціонарі пацієнт

ігнорує факт загострення захворювання, вважає, що в такому стані може продовжувати працювати і проводити лікування без відриву від виробництва (амбулаторно або на денному стаціонарі). Назвати тип відношення пацієнта до хвороби:

- А. Інохондричний. С. Ергопатичний. Е. Гармонійний.
В. Ейфоричний. Д. Анозогностичний.*

9. Під час прийому пацієнта лікар відзначив, що хворий приділяє надмірну увагу своєму здоров'ю, необгрунтовано допускає наявність у себе різних захворювань, цікавиться результатами всіх аналізів методів обстеження. Назвати тип відношення пацієнта до хвороби:

- А. Інохондричний. С. Ергопатичний. Е. Гармонійний.
В. Ейфоричний. Д. Анозогностичний.*

10. Лікар товариський, життєрадісний, любить компанії друзів, чуйний, працездатний. Під час перерви на роботі організував чаювання, жартує, розповідає анекдоти. Коли чергова медсестра повідомила про погіршення стану одного з хворих, лікар одразу став серйозним, припинив бесіду з колегами, надав чіткі розпорядження медперсоналу, пішов у палату, де лежить цей хворий. Визначите тип темпераменту:

- А. Сангвінік. С. Флегматик. Е. Жоден з перерахованих.
В. Меланхолік. Д. Холерик.*

Тема 6. Ятрогенія: причини, наслідки і профілактика

Актуальність теми. В сучасних умовах медицина має велике соціальне значення. Одна з актуальних її завдань - поліпшення якості медичної допомоги населенню. Вирішення цього завдання включає не тільки професійну підготовку лікаря, а ще й володіння в практичній діяльності деонтологічними принципами. Введення в медичну практику високотехнологічного обладнання значно підвищує можливості в діагностиці, а також і лікуванні багатьох захворювань. Але технологічний розвиток медицини призводить до скорочення або втрати психологічного контакту між хворим і лікарем. Це є приводом для виникнення більшості етичних і юридичних конфліктів, а також однією з причин розвитку ятрогенії.

Загальна мета. Розглянути і засвоїти причини виникнення ятрогенії, її види, можливі шляхи уникнення.

Конкретні цілі

1. Визначити, що таке ятрогенні захворювання, розглянути причини їх виникнення та види.

2. Обговорити шляхи їх уникнення.

Теоретичні питання

1. Визначити поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання».

2. Основні причини ятрогенії.

3. Основні види ятрогенії.

4. Основні шляхи уникнення ятрогенії.
5. Проблема взаємин в системі «лікар–хворий» як одна з причин ятрогенії.

Тестові завдання для контролю початкового рівня знань

1. Кому належить вираз «Уміти слухати, як і уміти бачити, для лікаря – велике мистецтво»?
*А. Чехову А. П. С. Вересаєву В. В. Е. Боткіну С. П.
В. Мудрову М. Я. Д. Захар'їну Г. А.*
2. Кому належить крилатий вислів про значення лікарського слова «Якщо хворому після розмови з лікарем не стає краще, це не лікар»?
*А. Бехтереву В. Б. С. Мудрову М. Я. Е. Карнезі Д.
В. Пирогову М. І. Д. Вересаєву В. В.*
3. Що означає термін «ятрогенія»?
*А. Неприятливий наслідок поведінки медперсоналу.
В. Психогенний розлад унаслідок помилок медперсоналу.
С. Захворювання, обумовлене психотравмуючим впливом необдуманих висловів і вчинків медпрацівників.
Д. Захворювання, викликане неправильними діями лікаря.
Е. Захворювання, обумовлене читанням медичної літератури.*
4. Основні причини ятрогенних захворювань:
*А. Недостатній професійний рівень лікаря.
В. Недостатній психологічний контакт лікаря з хворим.
С. Поліпрагмазія.
Д. Нерішучість лікаря.
Е. Все перелічене вище.*
5. Залежно від причин виникнення виділяють такі види ятрогенії:
*А. Медикаментозна. С. Віддалена. Е. Все перелічене вище.
В. Променева. Д. Маніпуляційна.*
6. Захворювання, викликане діями медичного персоналу, називається:
*А. Ятрогенія. С. Гіпернозогенія. Е. Все перелічене вірно.
В. Канцерофобія. Д. Все перелічене неправильно.*
7. В обов'язки лікаря по відношенню до пацієнта як до особи включають все, крім:
*А. Обговорення розміру винагороди.
В. Оцінки емоційно-психологічного стану пацієнта.
С. Поглибленого вивчення особистості пацієнта.
Д. Установлення контакту з хворим і його близькими.
Е. Психологічної підтримки пацієнта і його родичів.*
8. Кому належали наступні слова: «Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок

цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання?»

А. Лурію Р. А.

С. Кассирському І. А.

Е. Нікому з них.

В. Ельштейну А. О.

Д. Долецькому С. Я.

9. У якому році терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу»?

А. 1927.

С. 1925.

Е. В жодному з перерахованих.

В. 1825.

Д. 1935.

10. Хто є автором наступного вислову: «Якщо є декілька лікарів: один лікує травмами, інший лікує ножем, а третій – словом, звернися до того, хто лікує словом»?

А. Гіппократ. В. Авіценна. С. Гомер.

Д. Горацій.

Е. Кант.

Короткі методичні вказівки

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

На початку заняття викладач формулює мету заняття, перевіряє готовність студентів до заняття за допомогою тестових завдань.

Одним з негативних наслідків відсутності психологічного контакту лікаря з пацієнтом є виникнення ятрогеній. Студенти визначають поняття «ятрогенія», розбирають можливі її причини залежно від місця надання допомоги та спеціалізації лікаря (ускладнення фармакотерапії, невірний інструктаж хворих про застосування тих чи інших ліків, обладнання та інш.). Викладач підкреслює, що ятрогенія введена в ранг основного захворювання до міжнародної класифікації хвороб.

Студенти приводять класифікацію ятрогеній залежно від причин виникнення і ступеня тяжкості перебігу. Разом із викладачем студенти згадують сучасну присягу лікаря України та інші документи, які регламентують діяльність лікаря, де особлива увага приділяється не тільки професійним здібностям, а й соціальній значущості лікарської діяльності, обговорюються деонтологічні вимоги до сучасного лікаря

Після обговорення теоретичного матеріалу студенти разом із викладачем опитують 1–2 хворих, ставлять проблемні питання: уявлення з позиції хворого, яким повинен бути сучасний лікар, які взаємини повинні бути між лікарем і хворим, лікарем і родичами хворого. Студенти записують відповіді хворих у зошити, а потім обговорюють разом із викладачем отримані дані, висловлюють свою думку, аналізують відповіді хворих.

В кінці заняття викладач підводить підсумки і перевіряє кінцевий рівень освоєння знань студентами у вигляді рішення ситуаційних завдань.

Теоретичний матеріал

1. Визначити поняття «ятрогенія», «ятрогенні захворювання»

Ятрогенія – це будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які

призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та інвалідизації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів у результаті як помилкових, так і правильних дій лікаря.

Терміни «ятрогенія», «ятрогенний» отримали визнання після статті О. Бумке «Лікар як причина душевного розладу» (1925 р.). Ці терміни походять від грецького слова «iatros» (лікар) і означають психогенне захворювання або невроз, що виникає на ґрунті несприятливої дії на психіку хворого поведінки лікаря або медпрацівників.

У статті А. О. Ельштейна у Великій медичній енциклопедії дається наступне визначення ятрогенного захворювання: «Ятрогенні захворювання (грец. Iatros – лікар – творець, виробник) – це психогенні розлади, що виникають, як наслідок деонтологічних помилок медичних працівників невірних, необережних висловів або дій».

У формуванні ятрогенії зазвичай грають роль ситуаційні моменти, що несприятливо склалися під час контакту лікаря з хворим.

Р. А. Лурія в своїй книзі «Внутрішня картина хвороб і ятрогенні захворювання» (1977) пише:

«Причину і походження такої хвороби встановлює вже інший лікар і нерідко через значний проміжок часу, коли хворий є зі вселеними йому лікарем стражданнями і втраченою внаслідок цього душевною рівновагою. При цьому хворий виявляється або абсолютно здоровою людиною, або страждає на незначне органічне захворювання».

2. Основні причини ятрогенії

За даними ВООЗ, під егідою якої розроблена Міжнародна класифікація захворювань, ятрогенія була занесена в ранг основного захворювання. Наприклад, тромбоз магістральних судин, викликаний катетеризацією, кваліфікується в першу чергу як ятрогенія. Причини ятрогенії численні. І. А. Кассирський у своїй книзі «Про лікування» виділив декілька форм ятрогенних захворювань залежно від причин їх розвитку:

А) пряме травмування хворого невмілою поведінкою лікаря;
Б) непряме травмування, пов'язане з читанням медичної літератури;
В) ятрогенії, обумовлені особою пацієнта, схильного до психопатичних, психастенічних, нав'язливих реакцій;

Г) неправильне проведення інструментальних досліджень, помилкове введення лікарських препаратів при навантажувальних пробах (особливо в кардіології);

Д) посилене лікування одного захворювання веде до виникнення інших захворювань (нераціональне або неправильне призначення; поліпрагматизм самолікування під впливом реклами фармакологічної продукції).

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

3. Основні види ятрогенії

На другій Всесоюзній конференції з проблем медичної деонтології (Москва, 1977) було запропоновано розділити все ятропатогенії на три групи:

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

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

- ятрогенія впливу: медикаментозна; маніпуляційна; наркозно-реанімаційна, хірургічна, аліментарна, променева;
- ятрогенія бездіяльності.

Медикаментозна ятрогенія виникає найчастіше, тому що поєднання декількох препаратів одночасно може викликати побічні реакції різного ступеня, іноді важкі, пов'язані з основним захворюванням та індивідуальними характеристиками препаратів, непередбаченими навіть при глибокому їх вивченні. Тому для профілактики медикаментозної ятрогенії французькі медики запропонували не призначати хворим літнього віку і тяжкохворим більше трьох препаратів одночасно.

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

Розвиток реаніматології спричинив появу **післяреанімаційної ятрогенії**. Цей новий вид ятрогенії виявляється порушеннями обмінних процесів, структур і функцій мозку, ендокринного апарату, серцево-судинної системи, легенів, чинників імунітету і всього гомеостазу в цілому.

До **наркозно-реанімаційної групи ятрогеній** можна віднести переломи ребер, пошкодження паренхіматозних органів й інші травми, що виникають у процесі реанімації.

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

Аліментарна ятрогенія часто обумовлена шкідливими звичками, наприклад, нераціональним харчуванням за шкалою факторів ризику щодо раку; порадами для схуднення з використанням численних дієт, визначення режиму харчування та іншими, іноді досить суперечливими, що активно підхоплюється і популяризуються недостатньо кваліфікованими журналістами. Аліментарна ятрогенія можлива, коли заподіяно шкоду здоров'ю

хворого, який сумлінно виконує розпорядження лікаря-дієтолога. Безперечно, що шкоди здоров'ю завдає нераціональне харчування, їжа з низьким вмістом білків і вітамінів. Проте причиною такого харчування є чинники соціальні, а не рекомендації лікарів.

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

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

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

За всі перераховані вище порушення лікар несе моральну відповідальність перед собою і лікарським колективом.

За тяжкістю ятрогенії ускладнення діляться на легкі, середньої тяжкості й смертельні.

4. Основні шляхи уникнення ятрогенії

Вказані види ятрогенії можуть знижувати ефективність лікувально-реабілітаційних заходів, спричиняти несприятливі наслідки хвороби, а також збільшувати вірогідність летального результату. У зв'язку з такими серйозними наслідками ятрогенії набули медико-соціального значення. Незважаючи на наявність сучасних комп'ютерів, вдосконалення діагностичних технологій, розвиток фармацевтичної промисловості велике значення в поширенні ятрогенних захворювань має людський чинник, тому помилки в медичній практиці неминучі. Найважливіше для лікаря – не намагатися їх приховати, а знайти їх причину і вжити заходів, щоб надалі їх не повторювати.

Сьогодні профілактика ятрогенних захворювань починається з глобального засвоєння майбутніми докторами принципів медичної етики і деонтології, в основі яких лежать добре відношення до хворих і високо-

моральне, гуманістичне виховання медичних працівників у процесі їх навчання і діяльності.

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

Виконання розпоряджень лікаря сприяє зниженню частоти ятрогеній. Неприйняття лікування або труднощі у виконанні призначень спостерігаються зараз унаслідок різних причин досить часто. Зменшенню випадків ятрогеній поза сумнівом також сприяє інформованість хворого (або його близьких родичів) про характер хвороби, тактику лікування, можливі ускладнення, методику застосування лікарських засобів, його поведінку залежно від характеру перебігу хвороби та ін.

Ще раз необхідно нагадати, що при спілкуванні з хворими потрібно бути дуже обережним: «Словом можна пронизати те, що не проколоти голкою», «Рана, нанесена ножом, заживе, а мовою – ні».

Всім лікарям відомі слова Гіппократа: «Якщо є декілька лікарів: один лікує травами, інший лікує ножом, а третій – словом, звернися до того, хто лікує словом». Минули століття, багато методів лікування забуто, а лікування словом залишається.

5. Проблема взаємин у системі «лікар–хворий» як одна з причин ятрогеній

Характер спілкування в системі «лікар–хворий» опиняється під впливом *підвищення загальної і медичної культури населення*. З одного боку, це полегшує їх взаєморозуміння, а з іншого, нерідко породжує недовіру і зневажливе відношення до порад лікаря (особливо молодого), сумнів у правильності призначеного ним лікування, прагнення і схильність хворих до самолікування або звернення до нетрадиційної медицини. Посилює ситуацію і зростання ятрогенних захворювань, обумовлених медичним втручанням.

У сучасних умовах у зв'язку зі зростанням психоемоційної напруженості, інформаційних навантажень, темпів соціального життя, почастищенням конфліктних ситуацій перед лікарем постає необхідність гуманізації форм спілкування з пацієнтами, вміння інтуїтивно оцінювати стан хворого, налаштуватися на хвилю його переживань, проявити співчуття. Відносини «по вертикалі» визначаються складними суперечностями між здоров'ям і хворобою. Вони включають безліч аспектів, що передбачають всі нюанси взаємодії лікаря і пацієнта, лікаря і родичів хворого й регулюються *деонтологічними правилами поведінки медперсоналу*.

Ситуаційні задачі для контролю кінцевого рівня знань

1. Хворому на бронхіальну астму призначили терапію глюкокортикоїдами. Через деякий час після початку терапії хворий відмітив зміни в зовнішньому вигляді (місяцеподібне обличчя, збільшення маси тіла). Що могло стати причиною ятрогенії?

- А. Неправильно призначене лікування.*
- В. Тривалий прийом препарату.*
- С. Побічні дії препарату.*
- Д. Пізно розпочате лікування.*
- Е. Неправильний прийом препарату.*

2. Жінка 35 років після рентгенологічного дослідження впала в стан туги. Вона пояснила, що її життя закінчилося, оскільки у неї на рентгені знайшли злоякісну пухлину. Виявилось, що за діагноз злоякісної пухлини вона прийняла вираз рентгенолога, який показував студентам частину товстої кишки зі словами: «Ось сигма». Визначте форму реагування хворої на слова лікаря.

- А. Дидактогенія.*
- В. Ятрогенія.*
- С. Соррогенія.*
- Д. Психогенія.*
- Е. Педагогенія.*

3. Лікар-хірург у новому колективі не знайшов взаєморозуміння з колегами, не прагне до курації складних хворих, навіть всупереч власним інтересам, не бере участі в колективних заходах. Який тип регулювання конфлікту він вибрав?

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

4. У чоловіка 45 років після рентгенологічного дослідження розвинулася депресивна симптоматика. Вважає, що його життя закінчилось, оскільки на рентгені знайшли злоякісну пухлину. Виявилось, що за діагноз злоякісної пухлини він прийняв вираз рентгенолога, який показував студентам частину товстої кишки зі словами: «ось сигма». Визначте форму (1) і вид (2) реагування хворого на слова лікаря.

- 1. А. Дидактогенія.*
- 2. А. Соматична ятрогенія.*
- В. Ятрогенія.*
- В. Психічна ятрогенія.*
- С. Соррогенія.*
- С. Етіологічна ятрогенія.*
- Д. Психогенія.*
- Д. Органо-локалістична ятрогенія.*
- Е. Педагогенія.*
- Е. Діагностична ятрогенія.*

5. Хірург у момент проведення відкритої холецистектомії завдав хворому травму жовчних протоків. До якої ятрогенії відноситься патологія, що розвинулась?

- А. Соматичної.*
- В. Психічної.*
- С. Етіологічної.*
- Д. Органо-локалістичної.*
- Е. Діагностичної.*

6. На прийомі у ендокринолога 57-річній жінці поставлений діагноз «цукровий діабет». Кажучи про причину розвитку захворювання, лікар вимовив фразу: «Це може бути і спадкове». У жінки з'явилося відчуття тривоги, неспокою, побоювання, що її дітей спіткає те ж саме. Який механізм розвитку психічних порушень у хворой?

А. Соматична ятрогенія.

Д. Органо-локалістична ятрогенія.

В. Психічна ятрогенія.

Е. Діагностична ятрогенія.

С. Етіологічна ятрогенія.

7. Хворий 27 років, скаржиться на підвищену дратівливість, слабкість, швидку стомлюваність, що виникає при хвилюванні і напруженні, головний біль «неначе в голову забивають цвях», відчуття «грудки у горлі», ларингоспазми, вегетативну лабільність. Молодий фахівець при збиранні анамнезу не звернув увагу на перенесені пацієнтом психотравмуючі переживання, поставив діагноз органічного ураження ЦНС, призначив ноотропи і судинні препарати. Ефекту від призначеної терапії не було, хворий відчув себе гірше. До якої ятрогенії відноситься такий стан?

А. Соматичної.

С. Етіологічної.

Е. Діагностичної.

В. Психічної.

Д. Органо-локалістичної.

8. Жінка 47 років, яка страждає від гіпертонічної хвороби, при покупці призначеного лікарем гіпотензивного засобу почула від провізора фразу: «Це для вас дуже сильне, візьміть краще інший препарат» і купила те, що він порекомендував. Куплений препарат ефекту не мав, тиск підвищився до критичних цифр. Патологія, що виникла, відноситься до:

А. Соррогенії.

С. Фармацевтогенії

Е. Педагогенії.

В. Ятрогенії.

Д. Дидактогенії.

9. Лікар-хірург детально докладає на засіданні про стан хворого і про хід планового оперативного втручання. Яку мову він використовує?

А. Діалогічну.

С. Письмову.

Е. Зовнішню.

В. Монологічну.

Д. Внутрішню.

10. У присутності хворого лікар з палатною медсестрою обговорюють його стан; лікар робить призначення, використовуючи незрозумілі хворому терміни. Такі дії лікаря можуть спричинити розвиток:

А. Ятрогенії.

С. Недовіри до лікаря.

Е. Егзотогенії.

В. Канцерофобії.

Д. Неадекватної поведінки.

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 Петрозавод. ун-та, 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.

ДОДАТОК

Складові елементи відношення пацієнта до хвороби:

1) когнітивний – знання про хворобу, її усвідомлення, розуміння її впливу на життєдіяльність організму, прогноз;

2) емоційний – відчуття і переживання хвороби і всіх ситуацій, пов'язаних із нею;

3) поведінковий – вироблення певної стратегії поведінки в життєвих ситуаціях, пов'язаних із хворобою (ухвалення ролі хворого, активна боротьба з хворобою, ігнорування хвороби, песимізм відносно хвороби).

Класифікація психологічних типів пацієнта

I група – відношення до хвороби, при якому соціальна адаптація пацієнта збережена (не порушена):

- 1) гармонійний (Г);
- 2) ергопатичний (Ер);
- 3) анозогнозичний (Ан);
- 4) ейфоричний (Ей).

II група – хворі з психічною дезадаптацією

А. З *інтрапсихічною* спрямованістю (емоційно-ефективна сфера виявляється в дезадаптації – спостерігаються дратівливість, слабкість, тривога, пригніченість, «відхід у хворобу», відмова від боротьби, капітуляція перед хворобою):

- 1) тривожний (Т);
- 2) іпохондричний (І);
- 3) неврастенічний (Н);
- 4) меланхолійний (М);
- 5) апатичний (А).

Б. З *інтерпсихічною* спрямованістю (емоційно-ефективна сфера залежить від преморбідного стану особи, призводить до соціальних порушень):

- 1) сенситивний (С);
- 2) егоцентричний (Ег);
- 3) паранояльний (П);
- 4) дисфоричний (Д).

Характеристика психологічних типів

I група

Гармонійний – характеризується реалізмом, активністю, небажанням обтяжувати близьких. Пацієнт тверезо оцінює свій стан (без перебільшення і недооцінки тяжкості), прагне активно сприяти успіху лікування, не бажає обтяжувати інших доглядом за собою. При несприятливому прогнозі, інвалідності зосереджується на доступних інтересах, при сприятливому – зосереджує увагу, турботу і інтереси до долі близьких, своїй справі.

Ергопатичний – характеризується «відходом від хвороби в роботу» незалежно від тяжкості стану, причому з більшим завзяттям, ніж до хвороби; вибірково відноситься до обстеження і лікування, частіше проводить їх без відриву від роботи.

Анозогнозичний – характеризується «запереченням хвороби», тобто пацієнт заперечує хворобу і її наслідки, не визнає себе хворим; відмовляється від обстеження і лікування (бажання «обійтися своїми силами» – алкоголізм).

Ейфоричний – характеризується зневажливим відношенням до хвороби і лікування, «само собою все обійдеться»; необґрунтовано підвищений настрій; пацієнт, не звертаючи уваги на хворобу, прагне отримати від життя все; порушує режим, веселий, балакучий, метушливий, що часто має захисний характер.

II група

А. Тривожний – характеризується тривогою за своє майбутнє і недовірою до медперсоналу. Неспокій і недовірливість по відношенню до несприятливого перебігу, ускладнень і лікування; пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, «авторитетів». Вважає за краще більше слухати, ніж пред'являти свої скарги; виявляє підвищений інтерес до медичної літератури, прискіпливий до медперсоналу, перевіряє ще раз дані про свою хворобу.

Інохондричний – характеризується егоцентризмом, деталізацією скарг, прагненням викликати співчуття оточуючих. Зосереджений на суб'єктивних хворобливих відчуттях. Характерне перебільшення дійсних і вислів неіснуючих хвороб і страждань, перебільшення побічних дій ліків боязнь обстеження і лікування (бажає лікуватися, але не вірить в успіх), негативна реакція до недовіря його скаргам, докору в симуляції з метою вигоди.

Неврастенічний або астеничний – характеризується дратівливістю внаслідок слабкості («дратівлива слабкість») у вигляді спалахів роздратування на першого-ліпшого, особливо при болях, невдалому обстеженні або лікуванні, і завершується розкаянням і сльозами; не переносить больові відчуття, капризний, нетерплячий і вимогливий до оточуючих. У подальшому розкаюється за неспокій і нестриманість.

Меланхолійний – характеризується песимістичним поглядом на оточуючих, недовір'ям до обстеження і лікування, не вірить у своє одужання навіть при явному поліпшенні об'єктивних показників; активні депресивні вислови про майбутнє, аж до суїциду.

Апатичний – характеризується байдужістю до всього: до лікування, результату захворювання, до своєї долі; пасивним підпорядкуванням обстеженню і лікуванню, втратою інтересу до життя, що часто обумовлено депресією.

Б. Сенситивний – характеризується надмірною заклопотаністю, можливим неприємним враженням оточуючих (зневага, уникнення); боязною стати тягарем для близьких, небажаним відношенням з їх боку у зв'язку з хворобою; соромиться звернутися до лікаря; звертає увагу підвищена скромність, боязкість, соромливість («стиль поведінки, що вибачається»); для цих хворих реакція оточуючих має більше значення, ніж сама хвороба («а що скажуть і подумають оточуючі?»).

Егоцентричний – характеризується «відходом у хворобу», «втечею в хворобу» або демонстративною хворобою, тобто виставляє напоказ свої страждання і переживання з метою привернути увагу оточуючих. Хворий вважає, що всі повинні піклуватися тільки про нього – решта всі «конкуренти» і відношення до них неприязне. Ці хворі хочуть показати своє особливе положення, винятковість, вони відрізняються гротескним характером емоцій.

Параанальний – характеризується маревними ідеями і впевненістю, що хвороба – результат чийогось злого наміру, «пристріту» і «псування». Такі хворі з підозрою відносяться до процедур, ліків, звинувачуючи у всьому медперсонал і вимагаючи його покарання.

Дисфоричний – характеризується тривожною недовірливістю, уявна небезпека хвилює більше, ніж реальна; настрої похмурий, озлоблений; ненависть до здорових, спалахи злості зі звинуваченням оточуючих у своїй хворобі; ті, хто оточує, повинні у всьому догоджати іноді «уявному» хворому. Захист від тривоги в прикметах, ритуалах.

Оцінка психологічного статусу пацієнта допомагає лікареві знайти модель спілкування з ним, вибрати адекватно-особову програму лікування і профілактики.

Найпростіше будувати відношення з пацієнтом, який сприймає свою хворобу гармонійно. У такого пацієнта зазвичай немає труднощів у спілкуванні з сім'єю і медичними працівниками. Лікар рекомендує пацієнтові з гармонійним типом відношення до хвороби повну програму лікування і реабілітації, маючи всі підстави сподіватися на виконання рекомендацій і плідну співпрацю.

Ергопатичний і анозогнозичний типи об'єднує «заперечення хвороби» – через поринання в роботу, прагнення щонайшвидше повернутися до праці у ергопатів і «невпізнання очевидної хвороби» у анозогностів. Лікар надає раціональну інформацію про хворобу пацієнтам цих типів і членам їх сімей. Проте при ергопатичному і анозогнозичному типах відношення до хвороби пацієнти співпрацюють із лікарем неохоче. Відчувши поліпшення, вони самостійно припиняють лікування до наступного загострення. Тому при роботі з такими пацієнтами і їх сім'ями слід приділити особливу увагу програмам надання екстреної і невідкладної допомоги, методам лікування при загостренні.

При **тривожному типі** пацієнт вимагає «материнського підходу». Лікар повинен бути терплячим, надати інформацію пацієнтові і його сім'ї про хворобу, запропонувати повноцінну програму лікування і реабілітації. Пацієнти тривожного типу чуйні до комплексних програм лікування і реабілітації. Їх треба періодично підбадьорювати і заохочувати. Проте лікареві доводиться бути готовим до того, що тривога «тлітиме», такий пацієнт знайде причину турбуватися. Тривога як конституційна межа зазвичай супроводить людину все життя.

Іпохондричний тип завдає багато неприємностей лікареві. У гаммі відчуттів таких хворих слід відокремити відчуття, пов'язані з ураженням органів, від сенестоалгій і сенестопатій. Пацієнт і його сім'я повинні отримати раціональну інформацію про захворювання і адекватні рекомендації. Лікарі знають, що іпохондрик набридає сім'ї своїми безперервними скаргами, і багато сімей прагнуть «спихнути» такого пацієнта медикам: «якщо хворієш, то лікуйся». Пацієнт іпохондричного типу і лікар «приречені» на взаємну багаторічну співпрацю. «Добре» такому пацієнтові не буває ніколи, на подяку лікарю розраховувати не доводиться. Програми лікування і реабілітації хворі іпохондричного типу виконують, нерідко надаючи їм хи-мерної зовнішності («...це я прочитав», «це мені підказали»). Бажано призначати пацієнтам з іпохондричними рисами контрольні терміни явок («...прийдіть через місяць з контрольним аналізом крові...»). Якщо цього не робити, пацієнт може «прописатися в поліклініці», «жити в поліклініці».

Пацієнт із **неврастенічним типом** відношення до хвороби страждає на «дратівливу слабкість». Його обтяжує навіть невелика черга до лікаря. Він схильний скрізь бачити недоліки, все його дратує: і сам факт хвороби, і необхідність обстежень та отримання будь-яких процедур. При візиті до лікаря і медичної сестри роздратування легко випліскується в їх адресу. Професіонал-медик не повинен вступати з таким пацієнтом в тривалі «виправдувальні дискусії». Вину (справжню, а частіше – уявну) слід узяти на себе, погодитися, що «не все бездоганно в нашому медичному цеху». Це відразу ж заспокоює пацієнта. А потім відносини з ним будуються на рівні раціональної інформації, за типом «дорослий–дорослий».

Пацієнту **меланхолійного (депресивного) типу** підходить «материнська» методика спілкування. Під час обстеження і лікування такого пацієнта треба підбадьорювати, хвалити за окремі досягнення, успіхи. Ці хворі схильні до комплексних програм лікування і профілактики.

Пацієнт **апатичного типу** сповідає принцип: моя справа – хворіти, Ваша справа – лікувати, якщо таке бажання у Вас є. Працюючи з ним, лікар і медсестра всю ініціативу повинні взяти на себе. Бажана підтримка сім'ї. В ході лікування і реабілітації необхідний постійний контроль лікаря, медсестри, активна участь сім'ї.

Сенситивний пацієнт потребує участі лікаря і медичної сестри в «материнській» методиці психотерапії. Його слід постійно переконувати в існуванні справжніх і уявних небезпек, вселяти впевненість у позитивних результатах лікування.

Пацієнт **егоцентричного типу** в преморбіді зазвичай має істеричні риси вдачі, які при хворобі загострюються. Головне в роботі з таким хворим – уникнути «поневолення», не виконувати всі його примхи, не допускати командування собою. Слід чітко визначити, «хто кого лікує – я Вас, або Ви мене». Відносини слід будувати офіційно, за типом «дорослий–дорослий». Сім'я повинна бути обізнана про такі особливості пацієнта, враховувати надмірну його вимогливість. Хвороба одного члена сім'ї – не привід для припинення повноцінного життя інших її членів, як би цього не хотілося пацієнтові.

Паранояльний тип відношення до хвороби – не такий вже рідкісний феномен серед сучасних пацієнтів. У провінційній ментальності «пристріт» і «псування» як причина хвороби – частіші феномени, ніж вважає більшість лікарів. Чи треба переконувати пацієнта (частіше пацієнтку) в помилковості його (її) трактування причини захворювання? Це питання вирішується індивідуально. Якщо пацієнт переконаний у «пристріті», «псуванні», «наведеній хворобі» і хоче скористатися послугами екстрасенсів і чаклунів, що спеціалізуються на «очищенні житла», не завжди треба його відмовляти. Навпаки, після успішних ритуалів «зняття псування» пацієнт даного типу заспокоюється, стає доступнішим для втручання офіційної медицини.

Дисфоричний тип відношення до хвороби характерний для пацієнтів, що мали в преморбіді патохарактерологічні межі епілептоїдного круга або збудливого типу. Працювати з такими хворими важко, до підтримки сім'ї багато хто з них відноситься амбівалентно. Відносини слід будувати за принципом «дорослий–дорослий», характер відносин – офіційний. Лікар і медична сестра виконують свій професійний обов'язок, не сподіваючись на подяку. Пацієнта приймають таким, яким він є, не намагаючись змінити його патохарактерологічні особливості.

Таким чином, будь-який медичний працівник, спілкуючись із пацієнтом, повинен навчитися протистояти потужному психологічному «натиску» пацієнтів з негармонійним типом ставлення до хвороби. Для цього слід пам'ятати Салернський кодекс здоров'я: «нехай будуть лікарями твоїми веселий характер, спокій і помірність».

Еталони відповідей

Тема 4.

Еталони відповідей на тестові завдання

1	2	3	4	5	6
<i>A</i>	<i>B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>
7	8	9	10	11	12
<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>C</i>	<i>A</i>	<i>A</i>

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

1	2	3	4	5
<i>A</i>	<i>1 B, 2 B</i>	<i>A</i>	<i>A</i>	<i>A</i>

Тема 5.

Еталони відповідей на тестові завдання

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

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

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

Тема 6.

Еталони відповідей на тестові завдання

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

Еталони відповідей на ситуаційні задачі

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

Навчальне видання

ДЕОНТОЛОГІЯ В МЕДИЦИНІ

Частина 2

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. № 21-34156.

**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.